

Una mirada a la salud mental de los adolescentes

Claves para comprenderlos y acompañarlos

12

CUADERNO FAROS



<https://faros.hsjobcn.org/>

Prólogo de
Argyris Stringaris
Profesor de Psiquiatría
e Investigador del
National Institute of
Mental Health (EEUU)

FAROS

SJD Sant Joan de Déu
Barcelona · Hospital

Faros Sant Joan de Déu (<https://faros.hsjdbcn.org>) es la plataforma de promoción de la salud y el bienestar infantil del Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

Nos dirigimos principalmente a madres y padres que tienen interés en recibir información de calidad respecto la salud y bienestar de sus hijas e hijos. Asimismo, Faros se dirige también a personal de docencia y otros cuidadores y profesionales, especialmente en el campo de la salud y la educación.

Nuestra misión es proporcionar información y ofrecer todo nuestro conocimiento para **fomentar valores y hábitos saludables**. Contamos con la colaboración y revisión de los profesionales del Hospital y, por lo tanto, garantizamos la máxima calidad de los contenidos que publicamos.

En Faros encontrarás más de 1.000 consejos de salud clasificados en cinco grupos distintos de edad y temáticas variadas, desde la alimentación hasta información sobre enfermedades o sobre el comportamiento y el aprendizaje.

Además, Faros pone a tu alcance una sección con interesantes recursos para transmitir hábitos y valores saludables a niñas y niños de forma amena y divertida.

Todos los documentos realizados y publicados por Faros están disponibles y de libre acceso en <https://faros.hsjdbcn.org/>.

Edición: Faros Sant Joan de Déu, 2021

Dirección:

Jaume Pérez Payarols

Coordinador:

Arian Tarbal

Comité Asesor:

Carmen Cabezas

Jaume Campistol

Jordi Carmona

Josep Corbella

Manuel del Castillo

Lola Gómez

Juango García

Salvador Maneu

Imma Marín

Toni Massanés

Maria Dolors Navarro

Esther Planas

Antoni Plasencia

Jaume Funes

También nos encontrarás en las redes sociales:



<https://www.facebook.com/SJDHospitalBarcelona/>



https://twitter.com/sjdbarcelona_es



<https://www.instagram.com/sjdhospitalbarcelona/>

Una mirada a la salud mental de los adolescentes

Claves para comprenderlos y acompañarlos

Coordinadores:

- **Montse Dolz.** Psiquiatra infantil y juvenil. Jefa del Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.
- **Ester Camprodon.** PhD. Psicóloga. Adjunta a Jefa del Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.
- **Arian Tarbal.** *Project manager* del Departamento de innovación e investigación y Coordinador de Faros, el canal de promoción de salud y bienestar del Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

Autores y autoras: (por orden de aparición)

- **Argyris Stringaris.** MD, PhD, FRCPsych. Sección de Psiquiatría Clínica y Computacional, Instituto Nacional de Salud Mental, Institutos Nacionales de Salud, Bethesda, Maryland, Estados Unidos.
- **Pablo Vidal-Ribas.** PhD, Rama de Ciencias Sociales y del Comportamiento, Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano, Institutos Nacionales de Salud, Bethesda, Maryland, Estados Unidos.
- **M^a Eugenia Russi.** Neuropediatra. Servicio de Neurología Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.
- **Anna Vilar.** Psicóloga clínica. Adjunta al Hospital de Día Infantojuvenil Litoral Mar, Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones. Parc de Salut Mar, Barcelona.
- **Cristina Fresno.** Psicóloga. Adjunta al CSMIJ de Ciutat Vella, Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones. Parc de Salut Mar, Barcelona.
- **Santiago Batlle.** PhD. Psicólogo clínico. Adjunto a Dirección de Comunitaria y Programas Especiales. Coordinador CSMIJs Sant Martí-La Mina y Ciutat Vella y Hospital de Día Litoral Mar. Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones. Parc de Salut Mar, Barcelona.
- **Josep Lluís Matalí.** PhD. Psicólogo clínico, Coordinador de la Unidad de Conductas Adictivas de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil y Jefe de Psicología y Consultas Externas. Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.
- **Elena Flores.** Psicóloga clínica. Unidad de Conductas Adictivas de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.
- **Anna Sintes.** PhD. Psicóloga clínica. Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

- **Laura González.** Psicóloga clínica de la Unidad de Salud Mental Pediátrica. Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.
- **Laia Mollà.** Psicóloga clínica de la Unidad de Salud Mental Pediátrica. Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.
- **Soledad Romero.** PhD. Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil, Hospital Clínic de Barcelona. CIBERSAM, IDIBAPS.
- **Iria Méndez.** Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil, Hospital Clínic de Barcelona.
- **Jordina Tor.** PhD. Psicóloga Investigadora. Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.
- **Eduard Serrano.** PhD. Psicólogo. Coordinador de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.
- **M. Ángeles Mairena.** PhD. Psicóloga clínica. Unidad Multidisciplinar del Trastorno del Espectro del Autismo. Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.
- **Marcela Mezzatesta.** Psiquiatra. Unidad Multidisciplinar del Trastorno del Espectro del Autismo. Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.
- **Maria Elias.** Psicóloga clínica. Unidad Multidisciplinar del Trastorno del Espectro del Autismo y Unidad 0-5. Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.
- **José Ángel Alda.** Psiquiatra. Jefe de Sección y Coordinador de la Unidad del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

Ilustraciones y diseño gráfico:

- **Satur Herraiz y David Allende.**

Con la especial colaboración de:

- **Child Mind Institute** - <https://childmind.org/>
- **National Institute of Mental Health (NIMH)** - <https://www.nimh.nih.gov/index.shtml>



Índice

Prólogo	11
Introducción.....	13
1. Neurodesarrollo cerebral.	
Los cambios en el cerebro del adolescente.....	17
2. Comunicarme con mi hijo adolescente	43
Retos actuales de la cotidianidad.....	73
3. ¿Cómo gestionamos el impacto de la nuevas tecnologías?.....	75
4. ¿Por qué te haces daño? Introducción a la conducta autolesiva y a su abordaje para padres y educadores.....	91
Los principales problemas de salud mental	115
5. Preocuparse en exceso (ansiedad)	117
6. ¿Estado de ánimo cambiante? Depresión y trastornos afectivos	143
7. Cuando la percepción del mundo cambia (psicosis).....	159
8. Cuando la relación con la comida cambia (anorexia y bulimia)...	183
9. Cuando la socialización es un reto (adolescencia y autismo)	199
10. El TDAH y los trastornos de conducta en los adolescentes.....	227
Conclusiones.....	249
Decálogo para comprender y promover la salud mental del adolescente.....	254
Acrónimos	255

La adolescencia es un momento de crecimiento físico, cognitivo y emocional sin precedentes. Es un período de aprendizaje, de sentimientos y desarrollo intensos, de búsqueda de la novedad y con una esencia profundamente creativa.

En esta etapa de la vida se producen cambios sustanciales en las funciones y estructuras cerebrales que nos explican muchos de sus comportamientos y que serán altamente importantes para un desarrollo de la identidad y autonomía personal. Hábitos saludables, entorno familiar, escolar y comunitario favorables serán claves en la promoción de una salud mental acomodada.

Según una encuesta realizada en FAROS Sant Joan de Déu Barcelona, previo a la eclosión de la pandemia del Coronavirus-SARS-CoV-2, la salud mental de los hijos resulta ser una de las preocupaciones principales de los padres.



La evidencia científica corrobora que los hechos vitales estresantes son factores que, combinados con aspectos temperamentales, genéticos y características del entorno pueden precipitar la aparición de problemas en la salud mental en niños y adolescentes.

A través del presente Informe esperamos **acompañar a padres y educadores en la comprensión del comportamiento del adolescente** desde un prisma neurocientífico, psicológico, biológico y social facilitando la vivencia de la adolescencia como una etapa de oportunidades.

En las siguientes páginas encontraréis pautas de actuación preventivas que pueden frenar o retrasar la aparición de problemas de salud mental.

En definitiva, conseguir ser sensibles a aquellas señales de alarma que nos facilitarán la detección de la posible aparición de algún problema de salud mental permitiendo un abordaje precoz de la problemática.

Prólogo

Argyris Stringaris.

MD, PhD, FRCPsych. Sección de Psiquiatría Clínica y Computacional, Instituto Nacional de Salud Mental, Institutos Nacionales de Salud, Bethesda, Maryland, Estados Unidos.

Pablo Vidal-Ribas.

PhD, Rama de Ciencias Sociales y del Comportamiento, Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano, Institutos Nacionales de Salud, Bethesda, Maryland, Estados Unidos.

Se dice que sin salud mental no puede haber una verdadera salud física. El coste de los problemas de salud mental para las personas, pero también para las sociedades, se reconoce cada vez más, en particular para los jóvenes. Los trastornos como la depresión son comunes y la principal causa de su discapacidad. Además, estos pueden ser letales debido a su fuerte asociación con el suicidio, los accidentes y las malas decisiones relacionadas con la salud.

Nuestra comprensión de cómo los trastornos psiquiátricos evolucionan a lo largo del tiempo también ha cambiado en los últimos años. Ahora sabemos que la gran mayoría de los problemas psiquiátricos que observamos en los adultos tienen su origen en los primeros años de vida y podrían incluso ser diagnosticados en la adolescencia. También sabemos que las personas con problemas de salud mental durante los primeros años de vida tienen más probabilidades de tener problemas de salud en el futuro, así como tener menos éxito social y económico. Estos conocimientos enfatizan el potencial del reconocimiento e intervención tempranos para promover la salud mental durante los primeros años de vida.

Está claro que cualquier intento de prevención de problemas de salud mental en la vida temprana requiere un enfoque multifacético. Los niños no existen aislados, están integrados en sociedades, escuelas, familias. Como tal, la prevención requiere un enfoque interdisciplinario que involucre a médicos, maestros, padres y cuidadores, pero también a los propios jóvenes. Es a través de la colaboración de estas personas que se puede lograr la prevención y promoción del bienestar.

Con todo esto en mente, el Informe de este año de FAROS y el Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, en colaboración con expertos nacionales e internacionales en salud mental infantil y adolescente, proporciona a las familias y al personal escolar la información más reciente sobre el desarrollo del adolescente y estrategias de promoción y prevención basadas en la evidencia. Específicamente, las familias y el personal escolar aprenderán a promover estilos de vida saludables, reforzar comportamientos y entornos protectores, y reducir los factores de riesgo. El informe también provee información sobre los trastornos de salud mental más comunes que pueden afectar a los adolescentes, incluyendo descripciones detalladas de su fenomenología, sus causas, así como información actualizada sobre los tratamientos más efectivos. Es importante destacar que este Informe es una herramienta para enseñar a todos los involucrados en el cuidado de los adolescentes cómo identificar los primeros signos de problemas de salud mental, a fin de actuar con prontitud para ayudar a los jóvenes.

La ciencia de la salud mental y su prevención está evolucionando a un ritmo acelerado, como documenta este Informe, y también lo hace el reconocimiento de la necesidad del trabajo colaborativo; todo en beneficio de los jóvenes y sus familias.

Introducción

Ester Camprodon.

PhD. Psicóloga. Adjunta a Jefa del Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

Montse Dolz.

Psiquiatra infantil y juvenil. Jefa del Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

La adolescencia es un momento de crecimiento físico, cognitivo y emocional sin precedentes. Es un periodo de aprendizaje, de sentimientos y desarrollo intensos, de búsqueda de la novedad y con una esencia profundamente creativa. Los inconvenientes son las tormentas emocionales y el mal humor; la ventaja es una poderosa pasión por vivir la vida plenamente. Es una etapa de elevada conexión y compromiso social en la que destaca una capacidad profunda de colaboración entre ellos.

En esta fase, se producen cambios sustanciales en las funciones y estructuras cerebrales que nos explican muchos de sus comportamientos y que serán altamente importantes para un desarrollo de la identidad y autonomía personal. Hábitos saludables, entorno familiar, escolar y comunitario favorables serán claves en la promoción de una salud mental acomodada.

Siguiendo las enseñanzas del Dr. Daniel J. Siegel (doctor en medicina, profesor de psiquiatría clínica en la Facultad de Medicina de la Universidad de California en Los Ángeles), «Si llegamos a ver la adolescencia como un periodo de tiempo, y los adolescentes como individuos, con un potencial inexplorado, es mucho más probable que veamos la realización de esta posibilidad y poder en direcciones positivas. Cuando potenciamos los adolescentes, podemos inspirarles para que permitan desarrollar la integración en su desarrollo neuronal».

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en todo el mundo, se estima que entre el 10 – 20 % de los adolescentes experimentan trastornos mentales. La mitad de los trastornos mentales se inician a los catorce años o antes, pero en la mayoría de los casos no se detectan ni se tratan. No abordar los trastornos mentales de los adolescentes tiene consecuencias que se extienden a lo largo de la vida de la persona afectando su calidad de vida y la de su entorno. Según

datos de la OMS de todas las enfermedades, los trastornos mentales son una de las principales causas de sufrimiento y disfunción en el mundo. Hay que tener en cuenta que, en el caso de enfermedades como la esquizofrenia, el tiempo transcurrido entre la aparición de los primeros síntomas y el contacto terapéutico es determinante para la progresión del paciente, se hace evidente que la prevención de las enfermedades mentales debería ser prioritaria en los sistemas de salud y en las políticas de prevención.

En una encuesta realizada en la plataforma FAROS del Hospital Sant Joan de Déu, previo a la eclosión de la pandemia del Coronavirus SARS-CoV-2, de un total de 510 encuestados, la preocupación por la salud mental de sus hijos era una prioridad de la mayoría de los encuestados. De todos los problemas de salud mental, los que más preocupan a los padres son: las conductas adictivas (tanto de sustancias como comportamentales), la ansiedad y la depresión. Las medidas preventivas más relevantes empleadas por los padres para abordar los problemas de salud mental son: estar atentos a las señales de alarma y ofrecer espacios de comunicación. Elementos claves, como veremos a lo largo del Informe y desarrollaremos en más profundidad, en la detección y abordaje precoz de los problemas de salud mental en la adolescencia.

La evidencia científica corrobora que los hechos vitales estresantes (por ejemplo: pérdida de alguno de los progenitores, *bullying*, separación de los padres, ser víctima o estar expuesto a cualquier tipo de violencia, eventos traumáticos...) son factores que, combinados con aspectos temperamentales, genéticos y características del entorno pueden precipitar la aparición de problemas en la salud mental en niños y adolescentes.

Uno de los eventos traumáticos más recientes que hemos vivido a lo largo de 2020 y 2021 ha sido el de lidiar con la pandemia del Coronavirus SARS-CoV-2. Una pandemia que ha generado en cascada una serie de consecuencias emocionales, económicas y sociales de elevada amplitud y complejidad. También ha puesto luz a algunas fortalezas de nuestra sociedad y demostrado, lo que ya éramos conocedores, que los niños y adolescentes son altamente resilientes frente a la adversidad.

Con este Informe pretendemos ofrecer algunas de estas claves a familias y educadores en esta etapa desconcertante y apasionante a partes iguales como es la adolescencia.

En el primer capítulo del Informe, se aborda el desarrollo neuronal y los cambios en el cerebro del adolescente con el objetivo de comprender qué ocurre en el cerebro durante este periodo y en los anteriores para tener las claves que nos descifren la conducta de los niños y adolescentes. Al mismo tiempo, se sugieren pautas

para estimular y proteger el cerebro en estas etapas. Seguidamente, abordamos los principales problemas de salud mental tales como: ansiedad, depresión, conducta autolesiva, alteraciones en la conducta alimentaria, déficit de atención e hiperactividad, psicosis y autismo con el fin de ofrecer herramientas de detección precoz de las principales señales de alarma, recomendaciones de actuación para los padres frente estas situaciones y orientaciones sobre en qué situaciones es necesario un abordaje más especializado.

También se exponen cuáles son aquellos factores protectores que hay que detectar y promover para favorecer una salud mental saludable. Dado el creciente interés y preocupación por parte de los padres del uso de las “pantallas” en los adolescentes, se ha incluido un capítulo específico sobre el impacto de las nuevas tecnologías en el adolescente. Finalmente, dada la importancia de cómo el entorno modulará la salud mental del adolescente y, como a menudo, es una etapa en la que aparecen muchas dudas de cómo aproximarse al hijo adolescente, se ha incluido un capítulo que aborda la comunicación con el adolescente.

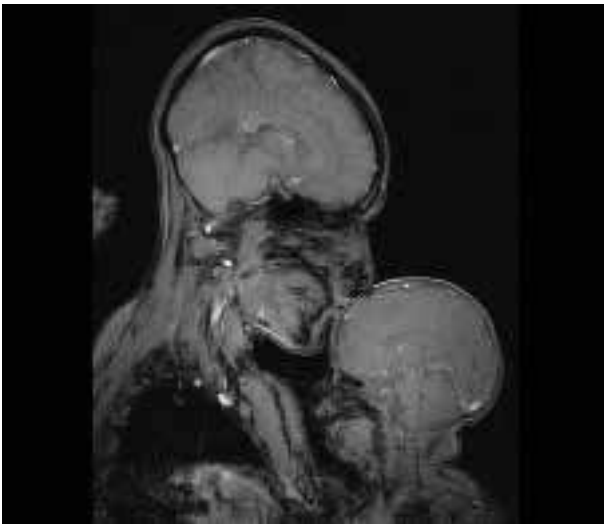
Esperamos con el presente Informe acompañaros en la comprensión del comportamiento del adolescente desde un prisma neurocientífico, psicológico, biológico y social facilitando la vivencia de la adolescencia como una etapa de oportunidades. Se ofrecen pautas de actuación preventivas que pueden frenar o retrasar la aparición de problemas de salud mental. En definitiva, poder ser capaces de sensibilizarnos ante aquellas señales de alarma que nos facilitarán la detección de la posible aparición de algún problema de salud mental permitiendo un abordaje precoz de la problemática.

1. Neurodesarrollo cerebral. Los cambios en el cerebro del adolescente

M^a Eugenia Russi.

Neuropediatra. Servicio de Neurología Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

¿Cómo podemos estimular el neurodesarrollo de nuestros hijos? La importancia de la estimulación ambiental en el desarrollo del niño y el adolescente



“Por lo que respecta a mí, vi una imagen muy antigua renovada. La *Madre* y el *Niño* es un poderoso símbolo de amor e inocencia, belleza y fertilidad. Aunque estos valores maternos, y las mujeres que los encarnan, pueden ser venerados, generalmente se los ve en oposición a otros valores: investigación e intelecto, progreso y poder.

Pero soy neurocientífica y trabajé para crear esta imagen, y al mismo tiempo soy la madre que aparece en la imagen, acurrucada dentro del tubo con mi hijo pequeño...».

Dra. Rebecca Saxe. Neurocientífica del Departamento de Ciencias Cognitivas y Cerebrales del Instituto de Tecnología de Massachussets.

En abril de 2015, Rebecca Saxe, neurocientífica del Departamento de Ciencias Cognitivas y Cerebrales del Instituto de Tecnología de Massachussets (MIT por las iniciales de su nombre en inglés, *Massachussets Institute of Technology*), nos regalaba una imagen conmovedora que daría la vuelta al mundo en tan solo unos minutos.

Esta resonancia magnética que captura la imagen de la Dra. Saxe con su bebé de tan solo unos pocos meses de vida traspasa los límites de la ciencia y desentraña la universalidad de dos figuras con su ropa, cabello y rostro invisibles, que podrían ser cualquier madre con su hijo, en cualquier momento o lugar de la historia.

Su genialidad radica no solo en su capacidad de poner en evidencia las manifiestas diferencias anatómicas entre el cerebro de un adulto y el de un niño en pleno desarrollo de sus capacidades, sino que además es una ventana que deja al descubierto la “anatomía del vínculo” en todo su esplendor más allá de toda individualidad y desvela el nexo de unión que existe entre ambos estadios evolutivos del desarrollo cerebral: el amor y los cuidados de una madre hacia su hijo. Porque la madre, a través de sus caricias y de sus besos, del juego, del habla, la alimentación y la estimulación táctil, olfativa y visual que le proporciona a su bebé durante los primeros meses de vida, ejerce un potente estímulo que prepara al cerebro inmaduro de su hijo para que este pueda desarrollar más adelante todo el potencial para el que está genéticamente determinado.

Y es que un correcto desarrollo y funcionamiento cerebral requiere la formación de un complejo sistema y entramado de conexiones entre neuronas que forman una serie de “carreteras neuronales”, cuya “construcción” comienza a materializarse durante el embarazo, pero que continúa a lo largo de los primeros meses e incluso años de vida del individuo.

Determinados trastornos genéticos, metabólicos, nutricionales, traumáticos, infecciosos y/o tóxicos (como el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas durante el embarazo), pueden alterar el correcto ensamblaje de dichas carreteras, traduciéndose en alteraciones posteriores en el normal desarrollo del niño y del adolescente. Ahora bien, el momento de la gestación en el que dichas noxas¹ actúen, así como la intensidad y la duración de las mismas, es la que determinará la gravedad de los trastornos resultantes al impedir la correcta formación del sistema nervioso, revistiendo mayor gravedad aquellas que aparecen de forma precoz, se prolongan en el tiempo y son intensas.



Un correcto desarrollo y funcionamiento cerebral requiere la formación de un complejo sistema y entramado de conexiones entre neuronas.

1. Se denomina noxa a los factores o elementos, tanto del medio exterior como del propio organismo, cuya presencia puede causar alteración o una enfermedad.

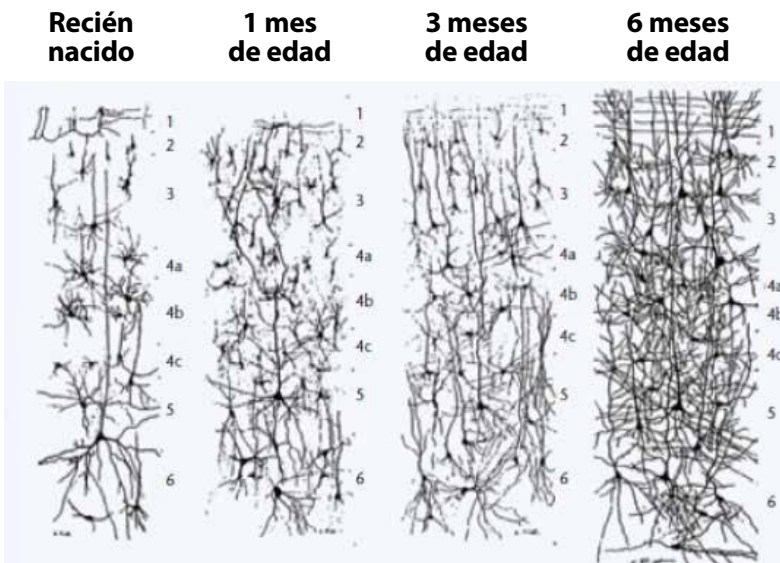
De esta manera es fácil comprender la importancia que adquiere la implementación temprana de los cuidados médicos prenatales desde etapas muy precoces del embarazo; puesto que un buen estado de salud materna favorecerá que el recién nacido disponga de un equipamiento neurobiológico suficiente para que los procesos cognitivos y comportamentales se puedan desarrollar con total normalidad, tanto en la etapa escolar como en la adolescencia.

Es importante destacar pues que el embarazo es un momento crítico para el desarrollo del sistema nervioso del futuro bebé, por lo que resulta de fundamental importancia que la madre realice una serie de controles desde el inicio de la gestación que permita prevenir la aparición de enfermedades o actuar precozmente en caso de padecerlas y siga las recomendaciones del ginecólogo y la partera para mantener un buen estado de salud y evite todos aquellos factores que puedan poner en riesgo el futuro desarrollo de su hijo como el consumo de tóxicos, el tabaco, el alcohol, infecciones, accidentes, alimentación inadecuada, exposición a tóxicos ambientales, etc.

Sin embargo, el proceso de desarrollo del sistema nervioso no finaliza con el embarazo, sino que continúa a partir del nacimiento, facilitando de esta manera la consolidación de los procesos cognitivos, psicomotores y socioafectivos del niño (ver figura 1).

Figura 1. Aumento del tamaño neuronal y de sus conexiones experimentado en los primeros años de vida.

Fuente: Conel (1936 - 67).



El crecimiento que experimenta el cerebro durante el primer año de vida es espectacular: pasa de 335 a 1.000 gramos y se transforma en este periodo en el órgano con mayores demandas de abastecimiento energético, gasto y actividad metabólica. Su crecimiento está regulado tanto por factores genéticos como ambientales que interactúan entre sí. Y cualquier noxa de tipo traumática, metabólica, infecciosa o genética que afecte este delicado equilibrio durante los primeros años puede provocar alteraciones en el normal desarrollo del cerebro. Todo esto permite comprender la excepcional importancia que adquiere este periodo de la vida, ya que en ningún otro momento del ciclo vital el sistema nervioso experimentará modificaciones de tal magnitud.

Es a través de los cuidados y el estímulo que el bebé recibe de su entorno como se favorece la correcta maduración y ensamblaje de las diferentes estructuras cerebrales que más adelante harán posible los aprendizajes, la atención, la motivación, la planificación y el control de impulsos.

Se ha de tener en cuenta, además, que cada neurona establece varios centenares o miles de conexiones con otras neuronas (formando de esta manera las vías y conexiones necesarias para la formación del conjunto de “carreteras neuronales” que mencionábamos anteriormente), y que lo hace en proporción directa al grado de estimulación que recibe. Estas conexiones también llamadas sinapsis resultan claves para un correcto funcionamiento cerebral, porque son las que en definitiva permitirán el movimiento, la respiración, el autocontrol, el dominio conductual, intelectual y socioafectivo del individuo.



Promover un aprendizaje activo es clave en todas las etapas de la infancia y la adolescencia para un correcto funcionamiento cerebral.

El aprendizaje, en el más amplio sentido de la palabra, tiene el potencial de favorecer la sinaptogénesis en cualquier momento del ciclo vital. De ahí la importancia de promover, no solamente en los niños, sino también en los adolescentes, todas aquellas instancias que propicien un aprendizaje activo.

Es importante destacar que el desarrollo de la inteligencia depende tanto de factores genéticos como ambientales y guarda estrecha relación con el grado de estimulación ambiental recibido. Una adecuada estimulación motriz, sensorial, afectiva y cognitiva tiene el potencial de incrementar las conexiones nerviosas, optimizando la función cerebral.

La cuestión, sin embargo, no acaba aquí, porque para que la información viaje de una manera más rápida y efectiva por esta red de “carreteras neuronales” interconectadas entre sí, se necesita una sustancia llamada mielina, que es una capa que protege y aísla dichas conexiones y las transforma en verdaderas “autopistas” al permitir que el impulso nervioso viaje a mayor velocidad y de manera más efectiva.

Hoy día sabemos que si bien la mielinización es un proceso muy activo que comienza a las catorce semanas de gestación y se vuelve más intenso en el último trimestre del embarazo, el mismo puede mantenerse y prolongarse durante

décadas con un incremento directamente proporcional al grado de estimulación ambiental recibido. De esta manera, el proceso de mielinización tiene al igual que la sinaptogénesis (formación de las sinapsis o conexiones entre las neuronas), un profundo impacto sobre la conducta, puesto que afecta directamente a la velocidad y eficacia con la que se transmiten los impulsos nerviosos. Esto lo convierte en uno de los factores que más activamente interviene en el desarrollo cognitivo del niño y es el motivo por el cual todos aquellos trastornos que lo afecten pueden tener efectos irreversibles si se presentan en etapas precoces del desarrollo, bien sea durante el embarazo o en edades tempranas.

Dicho proceso de mielinización es gradual y dinámico y comienza en los nervios situados en la parte superior de la médula espinal, facilitando así los movimientos de los miembros superiores y la prensión de la mano, permitiéndole al bebé explorar los objetos de su entorno para posteriormente llegar a los inferiores, haciendo posible la marcha autónoma, lo que le proporciona al niño la capacidad de salir a buscar por sus propios medios los diferentes estímulos que “alimentarán” y “saciarán” su mente.

Más tarde, el proceso continúa dentro del propio cerebro en sentido posteroanterior (de atrás hacia adelante), hasta llegar a la última región en madurar que es el lóbulo frontal (en torno a los dieciocho - veinte años), que es la zona de nuestro cerebro implicada en el autocontrol, la atención, la flexibilidad, la planificación, la autogestión, la regulación de la conducta y las emociones (funciones ejecutivas).

De esta manera, el ser humano finalizará su maduración cerebral dotado de una serie de habilidades que le distinguirán de otras especies y que serán imprescindibles para alcanzar un desarrollo pleno de sus capacidades como individuo.

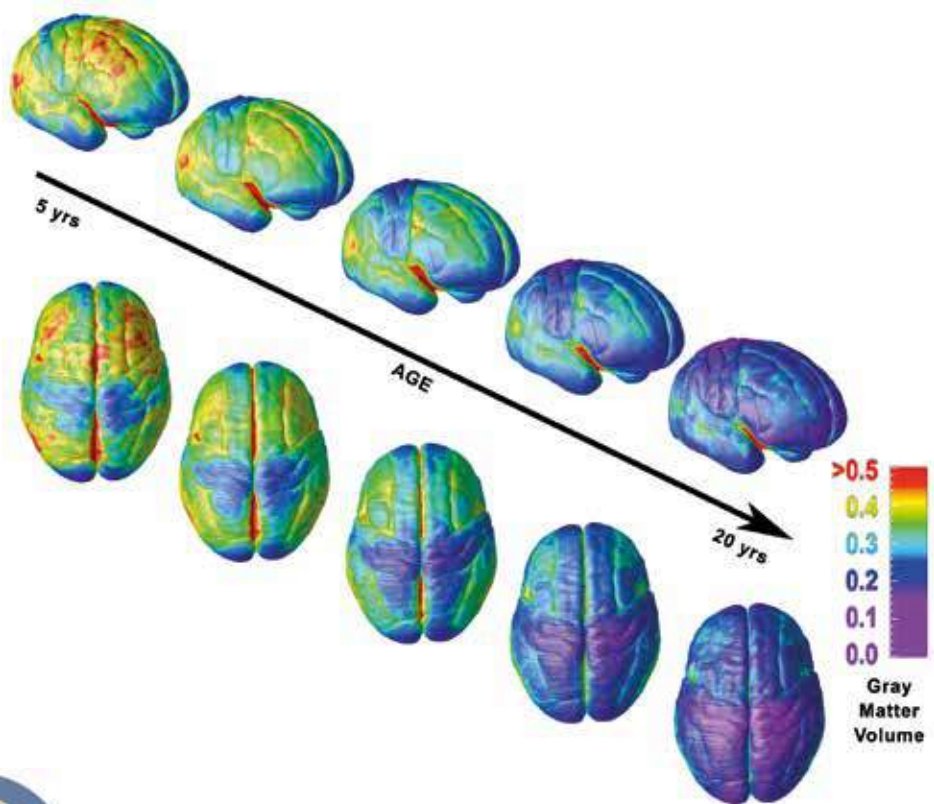
¿Qué sucede durante la adolescencia?

La adolescencia también constituye un periodo crucial de la vida en la cual se producen cambios muy importantes en la estructura y función cerebrales del individuo que resultan de crucial importancia para el correcto desarrollo de su identidad y autonomía personal. Conocer mejor la naturaleza de dichos cambios puede facilitar nuestra comprensión como padres de esta etapa, que en ocasiones puede ser un periodo desconcertante y lleno de retos.

Como hemos visto a lo largo del capítulo, el proceso de maduración cerebral suele seguir un orden biológicamente predeterminado, es decir, un patrón universal por el que las diferentes áreas van alcanzando su madurez, y que avanza en sentido posteroanterior, como se evidencia en la figura 2.

Figura 2. Proceso de mielinización que se produce en el cerebro normal en sentido anteroposterior. Los tonos azules indican un mayor desarrollo de la mielina en dichas zonas y por tanto un mayor desarrollo madurativo.

Fuente: *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, PNAS; 101:8174-8179. 2004.



En la adolescencia se producen cambios relevantes en la estructura y funciones cerebrales con un efecto directo en la identidad y autonomía del individuo.

Durante la adolescencia, el crecimiento físico y la maduración corporal se hacen más evidentes que en la etapa escolar (al igual que los cambios cognitivo-conductuales y emocionales experimentados), lo que a su vez se acompaña de unos cambios profundos en la estructura cerebral. Y es que durante la adolescencia, el cerebro sufre una reorganización estructural que le dota de nuevos circuitos y conexiones («carreteras neuronales»), que posteriormente darán sustento a todo el proceso de pensamiento analítico que caracteriza al adulto.

Es decir, en una primera etapa de la infancia se crean una serie de circuitos cerebrales que permiten al ser humano realizar una serie de funciones básicas y necesarias (control motor, manipulación, desarrollo social y del lenguaje), pero es en la adolescencia cuando se desarrollan y maduran todos aquellos circuitos que permitirán perfeccionar sus capacidades cognitivo-conductuales y emocionales. Por otra parte, en este periodo de la vida no solo se afianzan los circuitos que

regulan las funciones ejecutivas y que permiten una correcta integración entre el cerebro racional y el emocional, sino que además se eliminan todos aquellos que carecen de utilidad mediante un proceso de “poda sináptica”.

Pero aquí no acaba la historia, porque todo este proceso también se autorregula y modula con el aumento de las hormonas sexuales propias de este periodo de la vida, que también intervienen en el desarrollo mental y socioemocional del adolescente. Por ejemplo, las hormonas sexuales femeninas condicionan una maduración más precoz de las regiones frontales (encargadas de las funciones ejecutivas, como el autocontrol, el manejo de la impulsividad y la gestión cognitivo-conductual). En cambio, en los chicos, las hormonas sexuales masculinas hacen lo propio con determinadas regiones del lóbulo parietal (donde se integran las tareas espaciales). El hipocampo y la amígdala cerebral involucrados en la memoria y la afectividad también maduran de forma y a ritmos diferentes en chicos y chicas, lo que también contribuye a diferencias en el desarrollo cognitivo y social presentes en unos y en otros.

Sin embargo, como ya hemos comentado con anterioridad, no todo es biología y genética. Y es que, como seres humanos, estamos constantemente expuestos a una serie de influencias socioculturales y ambientales que dejan una huella única e irreplicable en cada uno de nosotros. Lo que ocurre es que durante la adolescencia somos más vulnerables a estos estímulos debido a la “inestabilidad” propia de los circuitos cerebrales que se encuentran en pleno desarrollo de sus capacidades a estas edades. Y es que lidiar con la presión y el estrés no es un asunto menor para un cerebro que no está completamente maduro y que se encuentra en plena transición del pensamiento concreto al abstracto.

Aquí también existen diferencias de género en la forma de procesar y manejar el estrés y las diferentes experiencias a las que nos vemos expuestos. Por ejemplo, el cerebro femenino es más sensible a la aprobación social y a los matices emocionales; busca agradar y ser aceptado en su grupo de pertenencia. Los estrógenos activan la liberación de dopamina (placer) y oxitocina (apego), facilitándose a través de sus relaciones sociales con iguales la liberación de dichas sustancias en el cerebro. Por su parte, en chicos, la testosterona favorece la secreción de serotonina, que cumple un rol importante en la regulación de la agresividad y estimula la competitividad, motivo por el cual los varones de estas edades pueden ser más temerarios o “lanzados” y confiar más en su capacidad de salirse con éxito de los problemas.

Como conclusión, el cerebro sufre toda una transformación a lo largo de los primeros años de vida que se mantiene hasta la adultez. Al igual que en las diferentes etapas del desarrollo del niño, el establecimiento y la consolidación de los circuitos cerebrales se modela con las experiencias de vida, la educación, la estimulación y el apoyo ambiental recibidos. Es un órgano complejo, dinámico



Es en la adolescencia cuando se establece una integración entre el cerebro racional y emocional. Aquellos circuitos que no tienen utilidad se eliminan por la “poda sináptica”.



Los adolescentes son más susceptibles a los estímulos que reciben del entorno, haciéndolos más vulnerables a las influencias socioculturales y ambientales que reciben.

y cambiante que se retroalimenta y “nutre” del ambiente que le rodea. Gracias a este complejo sistema de ensamblado y perfeccionamiento de nuestro sistema de “carreteras neuronales”, la evolución ha dotado a los seres humanos de un sinfín de posibilidades que le permiten explorar el medio que le rodea a la vez que se enriquece de este. Y en esta sinfonía de cambios en los que la genética y el ambiente son los directores de orquesta, los primeros años de vida resultan de fundamental importancia porque es cuando se crean y refuerzan los cimientos que sustentarán todo el proceso cognitivo-conductual posterior. Porque, en definitiva, todo lo que estimula a nuestro cerebro también le alimenta.

Cabe destacar pues que el incremento del tamaño neuronal, de las sinapsis y de la mielina es directamente proporcional al grado de estimulación ambiental que recibe el niño y posteriormente el adolescente; por lo que vamos a favorecer y estimular su correcto desarrollo hablándole correctamente enriqueciendo así su lenguaje, transmitiéndole hábitos de autonomía, buena conducta y respeto hacia el prójimo, dándole cariño a la vez que le mostramos los límites.

¿Cómo estimular el neurodesarrollo los primeros años de vida?

Como hemos visto, los primeros años de vida resultan críticos para un correcto crecimiento y desarrollo cerebrales y el bebé necesita un espacio físico y afectivo en el cual poder explotar todo el potencial para el que está genéticamente determinado. Necesita sentir que alguien le mira, le habla, le escucha y responde a sus necesidades y que establece con él un vínculo social y afectivo que le permita crecer seguro.

A continuación enumeraremos una serie de consejos siguiendo las recomendaciones de la *Guía del desarrollo infantil desde el nacimiento hasta los 6 años* de la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por las siglas de su nombre en inglés, *Centers for Disease Control and Prevention*) que os pueden ser de utilidad a la hora de favorecer dicho proceso.

El primer mes de vida:

- El recién nacido necesita un ambiente cálido y tranquilo, tener un espacio propio pero sin estar aislado del medio que le rodea.
- Mirarle, hablarle, cantarle, acariciarle, cogerle e interactuar con él, pero respetando sus periodos de sueño.
- Crear unos hábitos y rutinas en torno a la alimentación, la hora del baño y el sueño.

Los primeros tres meses de vida:

- Aunque aún permanece muchas horas del día durmiendo, poco a poco pasará más momentos despierto que se pueden aprovechar para hablarle o cantarle esperando su reacción.
- Enseñarle juguetes coloridos o que hagan ruido para que pueda verlos, oírlos y seguirlos al moverlos.
- Llevarle a pasear con frecuencia.
- Aprovechar la hora del baño para jugar con él y luego hacerle un masaje estimulándole mediante el tacto, la mirada y la voz.

De los cuatro a los seis meses de vida:

- Mecerle y balancearlo con suavidad, animándolo a cambiar de postura y enseñándole juguetes atractivos que pueda coger con ambas manos.
- Comenzar a sentarlo con apoyo en la espalda vigilando que no se caiga.
- Enseñarle diferentes juguetes u objetos coloridos en diferentes direcciones para que el bebé se fije, los siga e intente cogerlos.
- Colgarle juguetes atractivos en la cuna o en el cochecito.
- Hablarle, repetir los sonidos que el bebé realiza, cantarle, acariciarle, hacerle cosquillas, jugar al cucú.
- Respetar sus horarios de sueño y alimentación, y propiciar unas rutinas estables en torno a los mismos.

De los siete a los nueve meses de vida:

- Permitirle moverse por un espacio amplio pero protegiéndole de los peligros.
- Dejar a su alcance objetos de diferentes colores, materiales y texturas que le agraden, para que pueda explorarlos y jugar con ellos.
- Animarle a hacer ruidos con los objetos y disfrutar de ese juego.
- Llamarle, enseñarle cosas y decir su nombre.
- Ponerle frente a un espejo, jugar con él, imitar los sonidos que el bebé emite y cantarle haciendo gestos para que los aprenda.
- Ofrecerle juguetes atractivos, de diferentes tamaños y colores que sean seguros.

De los diez a los doce meses de vida:

- Animarle a desplazarse y a cambiar de postura para conseguir algo.
- Esconderle juguetes para que los busque y los pueda encontrar.
- Dejarle un espacio controlado para descubrir qué ocurre ante una acción que él lleve a cabo, enseñarle a señalar las cosas que le agradan, hablarle con frases sencillas (pero pronunciando las palabras de forma correcta y nombrando las cosas para que aprenda lo que son).



Es muy importante estimular el neurodesarrollo en los bebés, ya que los primeros años son críticos para un correcto desarrollo cerebral.

- Enseñarle los sonidos que emiten los diferentes animales y animarle a repetirlos.
- Utilizar diferentes tonos de voz ajustándolos a las diferentes situaciones.
- Aprovechar la hora del baño para nombrar las diferentes partes del cuerpo.

De los doce a los dieciocho meses de vida

- Jugar a tirar y recibir la pelota, a hacer construcciones con cajas o bloques de madera, al escondite para que así nos busque, a mirar cuentos y señalarle las imágenes, y a descubrir los sonidos de los objetos y de los animales.
- Establecer unos límites claros cuando se empeñe en hacer algo que no sea adecuado.
- Aprovechar las rutinas diarias de alimentación, de sueño, o el cambio del pañal para hablar con el bebé.

De los dieciocho a los veinticuatro meses de vida

- Estimularlo para que camine cogido de la mano, ayudarle a subir y bajar escaleras, a participar activamente durante el baño, la comida y el vestir y a manipular objetos con supervisión.
- Permitirle garabatear con pinturas, jugar con construcciones, juegos de encaje y bloques.
- Enseñarle cuentos y fomentar que participe activamente buscando, señalando y repitiendo los nombres de las cosas.
- Animarle a comenzar a hacer cosas solo y enseñarle a compartir las cosas con los demás.
- Estimularlo a explorar de forma autónoma (pero con supervisión), el medio que le rodea, los espacios y los objetos, intentando ayudarle a resolver los inconvenientes que vayan surgiendo.

De los veinticinco a los treinta y seis meses

- Darle un espacio para que se entretenga jugando solo, con juguetes que sean adecuados y seguros para su edad y nivel de desarrollo.
- Estimular el juego simbólico, con imaginación.
- Hablarle como a un niño mayor y de forma correcta, dándole tiempo para expresar lo que quiere explicar y enseñándole a esperar su turno.
- Mantener unas normas y límites claros y estables en el tiempo.
- Facilitar la compañía de otros niños para poder jugar con ellos, salir y tener experiencias nuevas.
- Contarle cuentos, historias o canciones, utilizando un lenguaje claro y variado.

- Dejarle ser autónomo en todo aquello que pueda hacer por sí mismo.
- Enseñarle a pedir las cosas, a saludar, a agradecer, etc.

De los tres a los seis años de vida

- Estimular tanto los momentos de dibujo libre como de juego imaginativo y activo (correr, saltar, trepar, ir en bicicleta, etc.).
- Explicarle cuentos e historias y permitirle hacer lo mismo.
- Ofrecerle juguetes que sean seguros y que estimulen su creatividad e imaginación.
- Ayudarle a pensar y a resolver los conflictos con los demás, darle pequeñas responsabilidades para que pueda ayudar tanto en casa como en la escuela, y ponerle normas claras.
- Crear unas rutinas y hábitos predecibles y estables en el tiempo.
- Animarle a hacer cosas nuevas y al juego compartido.
- Fomentar su imaginación, su curiosidad y autonomía.
- Proponerle diferentes actividades y dejarle elegir entre ellas.
- Enseñarle a distinguir situaciones de riesgo.
- Controlar el tiempo que pasa frente al televisor, el ordenador y las nuevas tecnologías en general y enseñarle a hacer un buen uso de las mismas desde pequeño.
- Ayudarle a comprender los sentimientos y necesidades de los demás, y a aceptar sus diferencias étnicas, cultura, credo, religión y capacidades.
- Enseñarle a reflexionar sobre sus propios actos y a hacerse responsable de los mismos.
- Ofrecerle un buen modelo de conducta y valores, que el niño pueda seguir.

En la adolescencia:

- Enseñarle a distinguir entre diferentes situaciones de riesgo.
- Resaltar la importancia de tener amigos a quienes les interesen actividades positivas y a evitar aquellos que lo presionen a tomar decisiones peligrosas.
- Mostrar interés por sus actividades (tanto académicas como extraescolares).
- Ayudarle a tomar decisiones saludables y, a su vez, animarle a tomar sus propias decisiones.
- Respetar las opiniones de su hijo, teniendo en cuenta sus ideas y sentimientos (es importante que se sienta escuchado).
- Ser honesto y directo cuando se aborden temas delicados, como las drogas, el alcohol, el hábito de fumar y el sexo.

- Controlar el tiempo que pasa frente al ordenador y las nuevas tecnologías en general, y enseñarle a hacer un buen uso de las mismas.
- Ayudarle a comprender los sentimientos y necesidades de los demás, y a aceptar sus diferencias étnicas, cultura, credo, religión y capacidades.
- Enseñarle a reflexionar sobre sus propios actos y a hacerse responsable de los mismos.
- Ofrecerle un buen modelo de conducta y valores que pueda seguir.
- Alentar una buena educación en aspectos relacionados con la seguridad vial.
- Establecer reglas y normas claras para cuando esté solo en casa.
- Enseñarle a manejarse en situaciones peligrosas (incendios, emergencias, drogas, etc.).
- Estimularlo en la práctica de actividad física regular.
- Asegurarse de que duerma la cantidad de horas recomendadas cada noche.
- La hora de la comida es muy importante para las familias, puesto que permite el diálogo entre sus miembros y es un buen momento para transmitir hábitos saludables a nivel alimentario.
- Estimular el hábito de la lectura y la curiosidad intelectual.

¿Qué otros factores pueden favorecer un adecuado neurodesarrollo?

Tan importante para un normal desarrollo psicomotor es el correcto ensamblado de la red de carreteras neuronales que conforman nuestro cerebro, como el mantenimiento que de estas se realice. Para ello se necesita tanto que el aporte de nutrientes sea el adecuado y se adapte a las necesidades de alto requerimiento y gasto energético del cerebro en “construcción” (lo que se consigue mediante una adecuada alimentación), como que los sistemas de reparación cerebrales se puedan ejecutar con normalidad (para lo cual es imprescindible tener un sueño normal en cantidad y calidad).

A continuación se revisan estos y otros factores que también influyen positivamente en el desarrollo psicomotor de nuestros hijos.

Beneficios de una correcta alimentación en el desarrollo cognitivo y el aprendizaje

Las ventajas de una adecuada alimentación en el ámbito de la pediatría son múltiples e innegables. Y no solo se restringen al ámbito de la salud en general desde un punto de vista más físico u orgánico, sino que también son extrapolables al desarrollo cognitivo o intelectual del individuo.

Esto es así especialmente en las etapas iniciales del desarrollo (periodo que abarca desde la gestación hasta los primeros dos - tres años de vida), que es la etapa en la que los niños son más vulnerables a los efectos de un déficit nutricional. Cuanto más temprano ocurra la carencia y mayor sea su intensidad, mayor será el riesgo de que el niño pueda verse afectado más adelante, por ejemplo, durante la etapa escolar.



Por ejemplo, la anemia sufrida antes de los dos años de vida puede tener consecuencias negativas sobre el rendimiento escolar y la calidad de los aprendizajes posteriores. En este sentido, la leche materna contiene todos los otros nutrientes necesarios para proporcionar un correcto crecimiento durante los primeros seis meses de vida: posee hidratos de carbono que suministran energía, todas las vitaminas que necesita el organismo del bebé y una serie



Una alimentación saludable ayudará a mantener un adecuado neurodesarrollo en el adolescente.

de proteínas específicas para la especie humana y en la proporción adecuada a las necesidades del lactante. Proporciona, además, un alto contenido de ácidos grasos esenciales y colesterol en el momento justo en el que el cerebro del bebé lo necesita para un correcto desarrollo. El hierro y el resto de los minerales de la leche materna son fácilmente absorbibles y están también en las cantidades justas en las que los necesita el bebé durante los primeros meses de vida.

Más adelante, cuando se produzca el destete, la provisión de todos estos nutrientes obtenidos a través de una alimentación sana, variada y equilibrada (bajo la estrecha supervisión del pediatra de cabecera), resultará de vital importancia. Y durante la adolescencia, que es una etapa de gran crecimiento y gasto metabólico, también se requerirá una adecuada nutrición que proporcione todos los nutrientes esenciales para un correcto desarrollo físico y cognitivo, por lo que los primeros años de vida son la etapa ideal para la promoción e instauración de hábitos de vida y alimentación saludables que perduren con el paso del tiempo.

Actualmente se sabe que tanto el aporte calórico como el proteico son fundamentales y necesarios durante todo el periodo de desarrollo ya que la carencia de una, de otra o de ambas simultáneamente, pueden afectar tanto a la reproducción de las neuronas (alrededor de 200.000 nuevas neuronas se forman por minuto entre la octava y decimotercera semanas de gestación), como al funcionamiento de los neurotransmisores (mensajeros químicos que son fundamentales para una correcta comunicación entre las neuronas).

Los requerimientos nutricionales en la edad escolar suelen ser parecidos para niños y niñas, pero a partir de los once años, el aporte calórico en las niñas será aproximadamente de 2.200 kilocalorías al día y, en los niños, de 2.750 kilocalorías diarias. Por otra parte, durante la adolescencia, se ha de vigilar también que las necesidades de nutrientes esenciales (como el hierro y el calcio), estén correctamente cubiertas. En el caso del hierro, que es un nutriente indispensable para el buen funcionamiento de todas aquellas funciones cerebrales superiores que conforman la inteligencia del individuo, una adecuada ingesta del mismo durante este periodo de gran crecimiento y gasto metabólico neuronal resulta fundamental para garantizar un óptimo funcionamiento cerebral a mediano y largo plazo. No menos importante es la carencia específica de zinc, cobre, vitaminas y otros elementos, que también pueden producir diversas alteraciones del sistema nervioso central en desarrollo.

Y es que en definitiva, un niño bien alimentado (y como veremos a continuación, que duerme bien por las noches), estará en mejores condiciones de aprender en clase que otro que tenga un déficit en estas áreas. Desde hace varias décadas se reconoce que los chicos y chicas de estratos sociales más pobres sufren más desnutrición y retrasos en el desarrollo, y presentan con más frecuencia fracaso escolar en relación al resto de sus pares de mayor nivel socioeconómico y cultural. Esta situación tiende a perpetuarse a través de las generaciones si no se revierten

las condiciones de vida y se ponen en práctica estrategias diferenciales de atención de estos niños que crecen en el seno de familias en riesgo. Y es que la desnutrición limita el potencial intelectual no solo de quien lo padece sino también de la nación a la que este pertenece; y así debe ser entendido, como un verdadero problema de salud pública.

Puesto que la desnutrición tiene efectos profundos (especialmente en determinados periodos críticos del desarrollo), una intervención temprana desde los programas de atención precoz a la primera infancia que incluya la integración de la salud, la nutrición y la estimulación psicosocial, pueden ayudar a prevenir la desnutrición y su impacto sobre el aprendizaje.

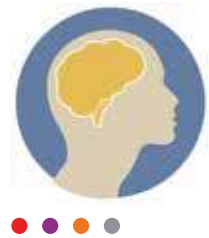
Procurar mantener un buen estado nutricional a través de una alimentación sana, variada y equilibrada, supervisada por el pediatra, resulta de fundamental importancia para que los procesos cognitivos y conductuales se desarrollen con normalidad.

Beneficios de una correcta higiene del sueño en el desarrollo cognitivo y el aprendizaje de niños y adolescentes

Los seres humanos pasamos una tercera parte de nuestras vidas durmiendo y aunque tradicionalmente se le ha atribuido como principal función al sueño la de permitir que el cerebro “descanse” y “desconecte” después de la actividad realizada durante el día, actualmente se sabe que constituye un proceso de gran actividad mental y corporal, imprescindible para el aprendizaje. De hecho, el sueño juega un papel de fundamental importancia en el desarrollo tanto del niño como del adolescente, y tiene implicaciones tanto en el ajuste social, conductual y emocional, como en el rendimiento cognitivo en general.

Desde tiempos inmemoriales se reconocen los beneficios de un sueño nocturno reparador, adecuado y adaptado a los requerimientos y necesidades fisiológicas propias de las diferentes etapas evolutivas por las que el niño pasa hasta convertirse en adolescente, y posteriormente en adulto.

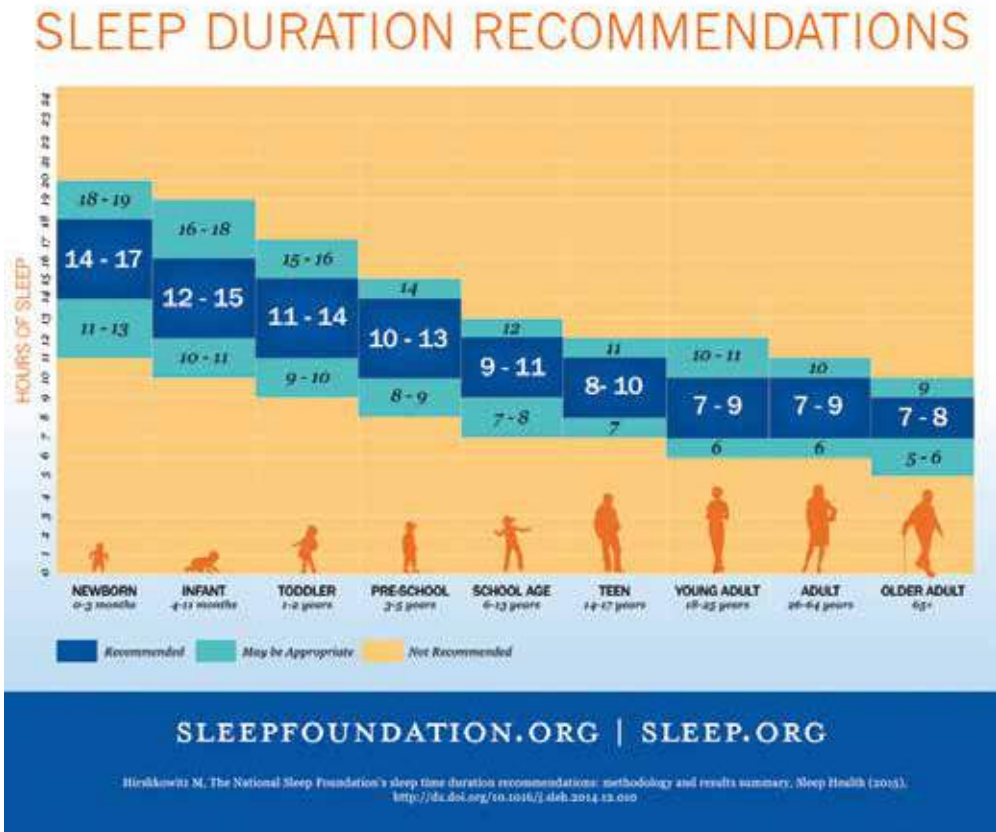
Recientes investigaciones han demostrado que un sueño inadecuado en cantidad y/o calidad no solo puede afectar al comportamiento y al estado de ánimo de quien lo padece, sino que además puede alterar sus funciones cognitivas (actuando en detrimento de las funciones atencionales, el estado de vigilancia y las funciones memorísticas). En este sentido, el sueño desempeña un rol de fundamental importancia en los procesos de reparación cerebral, de consolidación de la memoria, y de restauración de la eficacia de las conexiones neuronales (sinapsis). Constituye, cuando es adecuado en cantidad y calidad, un eficaz sistema de mantenimiento y reparación de la red de carreteras neuronales, que permite un óptimo funcionamiento cerebral.



El sueño juega un papel fundamental en el desarrollo y tiene implicaciones tanto en el ajuste social, conductual y emocional, como en el rendimiento cognitivo en general.



Por lo que, si no se dedican las suficientes horas al sueño nocturno (que es variable en función de la edad del niño, como se aprecia en la figura 3), dichos procesos no se podrán completar de manera adecuada. Y tan importante como dedicarle tiempo al sueño, es cuidar la calidad del mismo. Considerando que hasta un 30 % de la población infantil puede presentar algún trastorno del sueño durante la niñez y/o adolescencia, el pediatra de cabecera encargado del seguimiento y control del niño y adolescente adquiere un rol de fundamental importancia a la hora de detectar todos aquellos trastornos médicos o del sueño propiamente dichos que puedan alterar la calidad del mismo, e iniciar las medidas terapéuticas que sean oportunas.

Figura 3. Recomendaciones en relación a las horas de sueño ajustadas por edad.Fuente: Fundación Nacional del Sueño (*National Sleep Foundation*).

Por tanto, dado que mantener unas normas de higiene de sueño contribuye a un adecuado desarrollo cognitivo, conductual y emocional, a continuación resumimos una serie de consejos que pueden ser de utilidad para favorecer la calidad del sueño de niños y adolescentes siguiendo las recomendaciones de la guía de práctica clínica de trastornos del sueño infantojuvenil:

- Crear rutinas estables en torno a la hora de irse a dormir.
- Mantener los horarios de acostarse por la noche y de levantarse por la mañana, lo más estable y regular que sea posible.
- Evitar siestas muy prolongadas y/o que terminen más allá de las 17 h.
- No convertir el sueño en un castigo.
- Favorecer la actividad física regular evitando que sea a última hora del día.

- La luz matinal que llega a los ojos por la mañana favorece un inicio de sueño más precoz por la noche.
- Una temperatura ambiental de entre 19 y 22 °C al igual que un ambiente silencioso favorece el sueño.
- El uso de nuevas tecnologías (tabletas, ordenadores, videojuegos, móviles, etc.), debe finalizar al menos dos horas antes del inicio de las rutinas de sueño.
- Es recomendable separar la hora de dormir de la última ingesta de alimentos al menos unos treinta minutos.
- Es recomendable evitar la ingesta de bebidas excitantes/estimulantes (colas, preparados comerciales vigorizantes, té, café, etc.) a partir del mediodía.

En conclusión, el sueño es una necesidad fisiológica esencial en los seres humanos y su pérdida en calidad y/o cantidad conlleva importantes repercusiones en la salud física, cognitiva y psicosocial del niño y adolescente. Un rápido diagnóstico y tratamiento de todos aquellos trastornos que puedan afectarle resultan imperativos ya que muchos de los problemas pueden ser resueltos fácilmente siguiendo una serie de medidas de carácter conductual.

Un sueño adecuado en cantidad y calidad permite la puesta en marcha de una serie de mecanismos reparadores a nivel cerebral, la consolidación de lo aprendido durante el día y la secreción de determinadas hormonas y sustancias reguladoras que en su conjunto contribuyen a un adecuado desarrollo cognitivo, conductual y emocional.

Beneficios del deporte en el desarrollo cognitivo y el aprendizaje de niños y adolescentes

Desde tiempos inmemoriales, el ser humano ha tenido que hacer del “movimiento” su principal aliado en la lucha por la supervivencia. Su capacidad para correr, saltar, nadar, trepar y utilizar sus manos como herramienta le han permitido explorar y explotar el entorno a su favor. Y es que estamos hechos para el movimiento, y en gran medida dependemos de él tanto para la formación, como para el desarrollo y la consolidación anatómica y funcional de nuestro ser.

La práctica de actividad física es un hecho natural y fundamental en la vida del niño y del adolescente. Le ofrece momentos de felicidad, diversión y aprendizaje, a la vez que le introduce en un ámbito psicosocial que le estimula y fortalece como individuo. Es esencial en la prevención de enfermedades del adulto y le fortalece física, mental y emocionalmente.

Gracias al avance de las neurociencias, actualmente sabemos que el intelecto no solo se nutre del conocimiento y que la actividad física regular y mantenida en el tiempo (en especial el ejercicio cardiovascular o aeróbico), puede producir cambios funcionales y estructurales en el sistema nervioso al liberarse un gran número de sustancias (como la serotonina, la dopamina, la adrenalina y la noradrenalina, entre otras) que modulan y consolidan determinados procesos cognitivos (como la atención y la memoria).

Sabemos también que existe otro importante grupo de sustancias que aumenta con el ejercicio físico (como el factor neurotrófico derivado del cerebro, también conocido como BDNF, del inglés *brain-derived neurotrophic factor*, el factor de crecimiento insulínico tipo 1 y el factor de crecimiento vascular endotelial) y que en modelos animales dichos factores pueden modular tanto el aumento en el número de neuronas, como en el de los capilares sanguíneos y las conexiones entre las propias neuronas (sinapsis).

Por tanto, hemos descubierto que la práctica regular de deportes ayuda a optimizar el proceso del aprendizaje mediante la secreción de una serie de sustancias químicas y neurohormonales que son facilitadoras de los procesos cognitivos relacionados especialmente con la atención y la memoria. Mejora la circulación y oxigenación cerebral, fundamental proveedor de los nutrientes necesarios para su correcto funcionamiento. Tiene además una enorme influencia positiva en el resto de los sistemas del organismo (cardiovascular, respiratorio, locomotor, inmunológico y endocrinológico). Y por si esto fuera poco, hemos aprendido que el hábito del ejercicio físico introducido desde edades tempranas podría llegar a reducir el riesgo de padecer enfermedades mentales a largo plazo (depresión, ansiedad).

Sin embargo, a pesar de los indudables beneficios que la actividad física aporta a dichos aspectos cognitivos y de salud mental, la relación entre actividad física y cognición es sumamente compleja y no todos los tipos de ejercicio parecen mejorar de forma evidente todos los aspectos cognitivos. En este sentido, parece ser que el ejercicio cardiovascular o aeróbico (caminar, trotar, correr, bailar, esquiar, ir en bici, etc.) es posiblemente el más efectivo en cuanto a mejorar la función cognitiva en niños. Se sabe que niños en edad escolar que dedican al menos una hora cada día a realizar actividad física intensiva, muestran un mejor funcionamiento cognitivo. Y aunque se necesitan más estudios al respecto, existe suficiente evidencia en la literatura científica actual como para recomendar la práctica regular de este tipo de deportes en niños y adolescentes.

Porque el deporte (independientemente de los beneficios biológicos antes mencionados) cuando es entendido y planteado desde un diseño pedagógico adecuado, puede resultar generador de valores sociales y personales muy positivos y contribuir a la formación integral de la persona. Es en definitiva educación, puesto que transmite unos valores asociados que son esenciales en la formación



La práctica de actividad física es esencial para el neurodesarrollo: nos ofrece felicidad, diversión y aprendizaje y nos ayuda a prevenir enfermedades.

de la persona y de sus habilidades sociales, como son la tolerancia, la solidaridad, el esfuerzo, el sacrificio y el respeto a los otros y a las normas. Es pues una fuente de conocimiento, una oportunidad para fortalecer el carácter y adquirir determinados valores extrapolables a muchos otros campos de la vida familiar, profesional y cívica.

El deporte físico regular previene la aparición de enfermedades cardiovasculares en la etapa adulta, a la par que favorece el desarrollo cognitivo de nuestros niños y adolescentes, y les fortalece física, mental y emocionalmente.

Si quieres saber más sobre la relación entre deporte y aprendizaje te recomendamos consultar el 7º Informe FAROS *La actividad física mejora el aprendizaje y el rendimiento escolar* disponible en la web de FAROS Sant Joan de Déu: <http://faros.hsjdbcn.org/>

Nuevas tecnologías y cognición

En las últimas décadas hemos asistido a un verdadero *boom* en el desarrollo de nuevas tecnologías, en las que internet y los dispositivos móviles han jugado un papel protagonista y cuya irrupción y expansión ha supuesto una transformación radical en el paradigma de la comunicación y la forma que tenemos de relacionarnos. Y es que la tecnología ha cambiado nuestras vidas, en ocasiones de forma imperceptible, pero para siempre de forma inexorable.

Convivir con ellas se ha convertido en un reto especialmente complicado para padres e hijos, porque en su potencialidad infinita radica un concepto paradójico fundamental: “todo lo que es infinito por definición no tiene fin ni límites”.

Y en este campo en particular un uso provechoso de las mismas pasa indefectiblemente por tener muy claro cuál es el fin y donde está el límite. Pero pasa también por asumir que el hecho de que nuestros niños y adolescentes sean “nativos digitales” no necesariamente implica que sepan hacer un uso responsable y saludable de dichas tecnologías. Como veremos en mayor profundidad en el capítulo *¿Cómo gestionamos el impacto de las nuevas tecnologías?*, depende en gran parte de nosotros y del sistema educativo dotar a los menores de las competencias digitales necesarias para navegar seguros por un mundo que ofrece infinidad de oportunidades, a la vez que conlleva ciertos peligros.

Desde un punto de vista más neurobiológico, aún no comprendemos en su totalidad el impacto que las nuevas tecnologías pueden tener en el cerebro de los niños, y existe un debate abierto en la comunidad científica acerca de los posibles beneficios en contraposición con los riesgos del uso de las nuevas tecnologías sobre el desarrollo cerebral. Esto ha promovido diferentes estudios que tienen la finalidad de analizar cómo las nuevas tecnologías pueden influir en nuestra con-



Hay en marcha varios estudios que buscan analizar cómo las nuevas tecnologías influyen en la conducta y capacidad cognitiva de los niños y adolescentes.

ducta y en la capacidad cognitiva de nuestros hijos. Si bien sabemos que tanto niños como adolescentes necesitan de una adecuada estimulación ambiental para alcanzar un óptimo desarrollo cerebral, cuáles son las herramientas tecnológicas más adecuadas y eficientes no es un tema aún con una respuesta clara y definitiva.

Por ejemplo, Brown y colaboradores describen en sus estudios que los programas de televisión para niños menores de dos y tres años no aportan ningún valor educativo, y que en cualquier caso siempre es mejor promover actividades y deportes al aire libre, leer con ellos (un mayor tiempo de lectura de texto también se ha correlacionado con una mayor actividad funcional y conectividad de áreas cerebrales relacionadas con el lenguaje, el control cognitivo y a nivel visual, lo que no ocurre con el uso de las pantallas), o practicar juegos cooperativos y que estimulen su imaginación.



El *Cognitive Development & Media Lab (Kirkorian Lab)* de la Universidad de Wisconsin (Estados Unidos), por su parte, analiza cómo las pantallas interactivas pueden llegar a ser un recurso eficaz para el aprendizaje durante los primeros años de vida. Se ha observado cómo los niños de dos y tres años reaccionan de forma más rápida y fácil ante las pantallas que los incitan a interactuar, y cómo esto les permite progresar más rápidamente, equivocarse menos y aprender más.

Por contrapartida, en investigaciones llevadas a cabo en estudiantes que realizan multitareas cuando utilizan las nuevas tecnologías, se concluye que existe un

efecto negativo con un peor rendimiento académico, menor tiempo dedicado a estudiar y mayor ausentismo escolar cuando se les compara con sus pares que dedican menos tiempo a estos recursos. En el caso de los adolescentes, además, los pobres hábitos de sueño sumados con el uso de nuevas tecnologías y los aparatos móviles antes de irse a la cama, se han asociado a un sueño reducido en cantidad y calidad y a un peor rendimiento cognitivo.



Alcanzar un adecuado desarrollo cognitivo depende tanto de factores genéticos como ambientales.

A esto se le agrega el menor tiempo que los chicos dedican a otras actividades saludables e imprescindibles para su correcto desarrollo psicoemocional (tales como actividades deportivas, sociales, al aire libre, etc.), lo que a la larga actúa en detrimento de su salud física y mental. Si a esto se le suma el contenido violento e inadecuado de algunos programas de televisión y videojuegos, a los que los chicos pueden verse expuestos, es fácil comprender porque se ha asociado dicha exposición con mayores niveles de pensamientos agresivos, hostilidad, ansiedad, miedo y aceptación de la violencia como forma de solucionar los conflictos.

Lo que está claro es que las teorías del aprendizaje basadas en el modelo cognitivo plantean la necesidad de interactuar con el entorno, con los objetos y las personas que nos rodean como paso imprescindible para que el proceso de construcción del propio conocimiento se desarrolle de forma óptima. Y en este sentido, las nuevas tecnologías han llegado para quedarse y ya forman parte de nuestras vidas. Por tanto, padres y educadores debemos ser conscientes del tipo de medios que utilizamos, la calidad de las herramientas que proporcionamos a los niños, y las acciones que llevamos a cabo con ellos como mediadores con la tecnología. Y es que la única forma que tenemos de proteger a nuestros niños y adolescentes “digitales” es siendo capaces de establecer unas normas claras y predicar con el ejemplo.

¿Cuál es nuestro principal reto como padres? Hacer de nuestros hijos personas responsables y autónomas, con criterio suficiente para poder hacer un uso inteligente y maduro de las nuevas tecnologías.

¿Y cuál es nuestro principal medio? Básicamente la coherencia y el equilibrio entre el modelo de utilización de las tecnologías con las que queremos educar a nuestros hijos, el uso que como adultos hacemos de las mismas, y las actuaciones que a diario llevamos a cabo. Porque en definitiva será lo que determinará el beneficio que estos puedan sacar de estas en su desarrollo cognitivo, psicomotor y afectivo.

A modo de conclusión

Alcanzar un adecuado desarrollo cognitivo depende tanto de factores genéticos como ambientales, y guarda estrecha relación con el grado de estimulación ambiental recibida, por lo que una adecuada estimulación motriz, sensorial, afectiva y cognitiva durante los primeros años de vida de nuestros hijos, e incluso durante la adolescencia, tiene el potencial de incrementar las conexiones nerviosas, optimizando así la función cerebral.

Procurar mantener un buen estado nutricional a través de una alimentación sana, variada y equilibrada, llevar un estilo de vida saludable cuidando nuestra salud física y mental, practicar deporte físico regular, y mantener una buena calidad y cantidad de sueño resulta de fundamental importancia para que los procesos cognitivos y conductuales se desarrollen con normalidad.

Referencias bibliográficas

- Akin A, Iskender M. (2011). Internet addiction and depression, anxiety and stress. *Int Online J Educ Sci*, 3, 138-148.
- Anderson K, Bradley A.J.(2013) Sleep disturbance in mental health problems and neurodegenerative disease. *Nat Sci Sleep*; 5, 61-75.
- Banjanin N, Banjanin N, Dimitrijevic I, Pantic I. (2015). Relationship between internet use and depression: Focus on physiological mood oscillations, social networking and online addictive behavior. *Comput Hum Behav*, 43, 308-312.
- Biddle SJ, Gorely T, Stensel DJ. (2004). Health-enhancing physical activity and sedentary behaviour in children and adolescents. *J Sports Sci*, 22, 679-701.
- Borbely A. (2001). From slow waves to sleep homeostasis: new perspectives. *Arch Ital Biol*, 139, 53-61.
- Cheung LM, Wong WS. (2011). The effects of insomnia and internet addiction on depression in Hong Kong Chinese adolescents: An exploratory cross-sectional analysis. *J Sleep Res*, 20, 311-317.
- Deliens G, Gilson M, Peigneux P. (2014). Sleep and the processing of emotions. *Exp Brain Res*, 232, 1403-1414.
- Drygas W, Skiba A, Bielecki W, Puska P. (2002). Assessment of the physical activity of inhabitants of six European countries. The "Bridging East-West Health Gap" project. *Pol J Sports Med*, 18, 169-174.
- Drygas W, Skiba A, Bielecki W, Puska P. (2001). Physical activity estimation among the inhabitants of six European countries. Project "filling the Reducing East-West Health Gap". *Med Sport*, 5, 119-125
- Familia y nuevas tecnologías. Pamplona: Consejo Audiovisual de Navarra. CESICAT. (2015). Centre Internet Segura. Recuperado de <http://www.internetsegura.cat>
- Gais S, Born J. Low acetylcholine during slow-wave sleep is critical for declarative memory consolidation. (2004) *Proc Natl Acad Sci*, 101, 2140-2144.
- Guía para el desarrollo infantil desde el nacimiento hasta los 6 años. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. GA
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. 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; 2011.
- Hasselmo ME. (1999). Neuromodulation: acetylcholine and memory consolidation. *Trends Cogn Sci*, 3, 351-359.
- Hollmann W, Struder H, Gehirn K. Psyche und Körperliche Aktivitat. Brain, Psyche and Physical Activity, 1th ed.; Springer: Berlin, Germany, 2000.
- Huber R, Ghilardi MF, Massimini M, Tononi G. (2004). Local sleep and learning. *Nature*, 430, 78-81.
- Inoue S, Honda K, Komoda Y. (1995). Sleep as neuronal detoxification and restitution. *Behav Brain Res*, 69, 91-96.
- Janssen I, Leblanc AG. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 7, 40.
- "Las nuevas tecnologías en niños y adolescentes. Guía para educar saludablemente en una sociedad digital". <http://faros.hsjdbcn.org/es/cuaderno-faro/nuevas-tecnologias-ninos-adolescentes-guia-educar-saludablemente-sociedad-digital>

Kim YJ, Kim DJ, Choi J. (2017). The cognitive dysregulation of Internet addiction and its neurobiological correlates. *Front Biosci*, 9, 307–320.

Makarowski R, Lipowski M, Marszał M, Czarnowski W. (2009). Temperamental determinants of physical activity as preventive factor of heart diseases—In the search of the model. *Pol. J. Sport Med.*, 25, 83–94.

Marshall L, Helgadottir H, Molle M, Born J. (2006). Boosting slow oscillations during sleep potentiates memory. *Nature*, 444, 610–613.

Ostovar S, Allahyar N, Aminpoor H, Moafian F. (2016). Internet addiction and its psychosocial risks (depression, anxiety, stress and loneliness) among Iranian adolescents and young adults: A structural equation model in a cross-sectional study. *Int J Ment Health Addict*, 14, 257–267.

Peigneux P, Smith C. Memory processing in relation to sleep. In: M. Cryger (Ed.) *Principles and Practice of Sleep Medicine*. Elsevier, Philadelphia 2012; 335–347.

Rasch B, Born J. (2013). About sleep's role in memory. *Physiol Rev*, 93, 681–766.

Rauch G, Carrier J, Peigneux P. (2013). Sleep and cognition in the elderly. *Front Neurol*, 4, 71.

Strzałkowska D, Szewieczek J, Janowska M. (2005). Is sport always healthy? Cardiac arrhythmias in competitive athletes. *Ann Acad Med Sil*, 59, 497–505.

Tononi G, Cirelli C. (2006). Sleep function and synaptic homeostasis. *Sleep Med Rev*, 10, 49–62.

2. Comunicarme con mi hijo adolescente

Anna Vilar.

Psicóloga clínica. Adjunta al Hospital de Día Infantojuvenil Litoral Mar, Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones. Parc de Salut Mar, Barcelona.

Cristina Fresno.

Psicóloga. Adjunta al CSMIJ de Ciutat Vella, Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones. Parc de Salut Mar, Barcelona.

Santiago Batlle.

PhD. Psicólogo clínico. Adjunto a Dirección de Comunitaria y Programas Especiales. Coordinador CSMIJs Sant Martí-La Mina y Ciutat Vella y Hospital de Día Litoral Mar. Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones. Parc de Salut Mar, Barcelona.

*“Quiero que (mis palabras) digan lo que quiero decirte,
para que tú las oigas como quiero que me oigas”
(Pablo Neruda)*

La adolescencia supone una etapa de cambios, retos y aprendizajes decisivos a muchos niveles, incluida la comunicación. Aunque en este periodo se inician nuevas e importantes relaciones afectivas con amigos y parejas, se mantienen los lazos afectivos con los padres, y éstos continúan siendo una de sus principales fuentes de apego y de apoyo emocional. La relación que los padres mantienen con sus hijos adolescentes es un factor crucial en el crecimiento y desarrollo de estos. A pesar de la importancia de esta relación, los conflictos entre padres y adolescentes son habituales.

A lo largo de este capítulo revisaremos algunos de los principios básicos de la comunicación, constataremos la evidencia científica de la importancia de la comunicación familiar en esta etapa y su importancia en la prevención de problemas de salud mental en la adolescencia. Por último, ofreceremos algunos consejos prácticos para el manejo de la comunicación y la relación con los adolescentes.



La comunicación familiar



La relación entre padres y adolescentes es crucial en su crecimiento y desarrollo.

Es innegable la importancia de la familia para un adecuado desarrollo socioemocional en la infancia y la adolescencia. La comunicación desempeña un papel primordial en las relaciones familiares: es la herramienta principal para el manejo de situaciones de la vida cotidiana, la satisfacción de necesidades básicas, la expresión de ideas y opiniones, la toma de decisiones, la construcción de acuerdos, e incluso la revisión y adaptación de las propias reglas de funcionamiento de la familia.

A través de la comunicación familiar se construyen las relaciones entre sus miembros, se comparten esquemas mentales, se transmiten valores y creencias y se expresan emociones y afectos. En su teoría de la comunicación humana, Watzlawick describió la comunicación como basada en el intercambio, por lo que comunicar no es simplemente transmitir información entre un emisor y un receptor, sino que implica construir un sentido en la interacción con los demás.

Este sentido lo aporta lo que decimos (comunicación verbal), la forma en cómo lo decimos (comunicación no verbal, que constituye entre un 65 - 80 % de nuestra comunicación), el contexto, y la interpretación que hace/n nuestro/s interlocutor/es en función de sus propios esquemas mentales y estados emocionales. Cualquier fallo o contradicción en algún elemento de este sistema puede conducir a un fracaso en la comunicación. Para prevenirlo podemos emplear diferentes técnicas que facilitan una comunicación más eficaz.



A través de la comunicación familiar se construyen relaciones, se comparten esquemas mentales, se transmiten valores y creencias y se expresan emociones y afectos.

Principales modelos teóricos sobre comunicación familiar

La investigación de la comunicación familiar y la influencia de la misma en el desarrollo adolescente se ha basado principalmente en dos modelos teóricos: el de los estilos parentales y el de los patrones de comunicación familiar.

Añadimos en este apartado un tercer modelo teórico que aporta una visión útil sobre el uso de la comunicación en los conflictos interpersonales: el de los estilos de resolución de conflictos.

La teoría de los estilos parentales

El constructo de estilo parental se utiliza para describir variaciones normales en la educación de los hijos, teniendo en cuenta las estrategias que ponen en marcha los padres para supervisarlos y socializarlos.

La investigación de la socialización parental se ha basado tradicionalmente en dos grandes dimensiones teóricamente independientes de la capacidad de respuesta (implicación/aceptación) y la exigencia (severidad/imposición) que definen la actuación parental. La primera dimensión hace referencia al grado en el que los padres se implican de manera afectiva en la socialización de los hijos mostrándoles cariño, ofreciendo su apoyo y comunicándose con ellos haciendo uso de la razón cuando éstos se comportan de manera inadecuada. La dimensión de exigencia se refiere al grado en el que los padres actúan de manera estricta e impositiva para establecer los límites en su conducta e imponer así su autoridad.

De la combinación de ambas dimensiones surgen cuatro tipologías de estilos parentales (ver tabla 1).

Tabla 1. Tipologías de estilos parentales.

Fuente: elaboración propia.

Implicación / Aceptación (afecto)									
Exigencia / Control	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Autoritario</th> <th>Democrático</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Se caracteriza por una alta rigidez y un gran uso del control y las exigencias, así como por escasez de afecto y comunicación en las relaciones con sus hijos. - Perciben la obediencia como una virtud y el castigo es considerado como la principal medida de modificación de conducta. - Se trata de padres controladores, propensos al castigo y que prestan poco apoyo a sus hijos. </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Los padres con este estilo suelen ser firmes y establecer límites, pero también brindan apoyo y cariño a sus hijos. - Tratan de guiar la conducta del niño por medio del respeto y reconocimiento mutuo, mostrando interés por satisfacer las necesidades que demandan sus hijos y reconociendo y respetando la individualidad y los derechos de los menores. - Suelen explicar las consecuencias que tiene la conducta negativa en vez de aplicar castigos y emplean el refuerzo positivo para las conductas a incrementar. </td> </tr> <tr> <th>Negligente</th> <th>Indulgente</th> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Los padres con este estilo muestran bajas dimensiones de afecto y comunicación, así como una escasez de control de exigencias. Son pasivos, no hay normas ni afecto. Se muestran indiferentes a las necesidades de sus hijos. No hay ningún tipo de implicación emocional. - Estos padres no están implicados en la crianza de sus hijos y, por tanto, no proporcionan el apoyo necesario a sus hijos ni les sirven de guía. </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Este estilo se caracteriza por altos niveles en la dimensión de afecto e implicación, así como bajos en cuanto a mecanismos de control y exigencia. - Los padres con este estilo intentan proteger a sus hijos de todos los daños, presentando un estilo sobreprotector con escasa disciplina. Actúan con demasiada flexibilidad en rutinas, hábitos y horarios, llevando escaso control sobre sus hijos y cediendo con facilidad a los deseos de éstos. Los hijos crecen sin normas ni pautas de conducta. </td> </tr> </tbody> </table>	Autoritario	Democrático	<ul style="list-style-type: none"> - Se caracteriza por una alta rigidez y un gran uso del control y las exigencias, así como por escasez de afecto y comunicación en las relaciones con sus hijos. - Perciben la obediencia como una virtud y el castigo es considerado como la principal medida de modificación de conducta. - Se trata de padres controladores, propensos al castigo y que prestan poco apoyo a sus hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los padres con este estilo suelen ser firmes y establecer límites, pero también brindan apoyo y cariño a sus hijos. - Tratan de guiar la conducta del niño por medio del respeto y reconocimiento mutuo, mostrando interés por satisfacer las necesidades que demandan sus hijos y reconociendo y respetando la individualidad y los derechos de los menores. - Suelen explicar las consecuencias que tiene la conducta negativa en vez de aplicar castigos y emplean el refuerzo positivo para las conductas a incrementar. 	Negligente	Indulgente	<ul style="list-style-type: none"> - Los padres con este estilo muestran bajas dimensiones de afecto y comunicación, así como una escasez de control de exigencias. Son pasivos, no hay normas ni afecto. Se muestran indiferentes a las necesidades de sus hijos. No hay ningún tipo de implicación emocional. - Estos padres no están implicados en la crianza de sus hijos y, por tanto, no proporcionan el apoyo necesario a sus hijos ni les sirven de guía. 	<ul style="list-style-type: none"> - Este estilo se caracteriza por altos niveles en la dimensión de afecto e implicación, así como bajos en cuanto a mecanismos de control y exigencia. - Los padres con este estilo intentan proteger a sus hijos de todos los daños, presentando un estilo sobreprotector con escasa disciplina. Actúan con demasiada flexibilidad en rutinas, hábitos y horarios, llevando escaso control sobre sus hijos y cediendo con facilidad a los deseos de éstos. Los hijos crecen sin normas ni pautas de conducta.
	Autoritario	Democrático							
	<ul style="list-style-type: none"> - Se caracteriza por una alta rigidez y un gran uso del control y las exigencias, así como por escasez de afecto y comunicación en las relaciones con sus hijos. - Perciben la obediencia como una virtud y el castigo es considerado como la principal medida de modificación de conducta. - Se trata de padres controladores, propensos al castigo y que prestan poco apoyo a sus hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los padres con este estilo suelen ser firmes y establecer límites, pero también brindan apoyo y cariño a sus hijos. - Tratan de guiar la conducta del niño por medio del respeto y reconocimiento mutuo, mostrando interés por satisfacer las necesidades que demandan sus hijos y reconociendo y respetando la individualidad y los derechos de los menores. - Suelen explicar las consecuencias que tiene la conducta negativa en vez de aplicar castigos y emplean el refuerzo positivo para las conductas a incrementar. 							
	Negligente	Indulgente							
<ul style="list-style-type: none"> - Los padres con este estilo muestran bajas dimensiones de afecto y comunicación, así como una escasez de control de exigencias. Son pasivos, no hay normas ni afecto. Se muestran indiferentes a las necesidades de sus hijos. No hay ningún tipo de implicación emocional. - Estos padres no están implicados en la crianza de sus hijos y, por tanto, no proporcionan el apoyo necesario a sus hijos ni les sirven de guía. 	<ul style="list-style-type: none"> - Este estilo se caracteriza por altos niveles en la dimensión de afecto e implicación, así como bajos en cuanto a mecanismos de control y exigencia. - Los padres con este estilo intentan proteger a sus hijos de todos los daños, presentando un estilo sobreprotector con escasa disciplina. Actúan con demasiada flexibilidad en rutinas, hábitos y horarios, llevando escaso control sobre sus hijos y cediendo con facilidad a los deseos de éstos. Los hijos crecen sin normas ni pautas de conducta. 								



La calidad de la comunicación familiar es clave para mantener una relación positiva y tiene un impacto en el desarrollo del adolescente.

La teoría de los patrones de comunicación familiar

Koerner y Fitzpatrick (2002) postulan que es en la familia donde se desarrollan los denominados esquemas relacionales: modos de comunicación estables y predecibles, que establecen nuestras expectativas de comunicación. El sistema familiar tiende a regular estos esquemas, por lo que los patrones de comunicación en una familia determinada son creados y mantenidos por normas de comportamiento definidas de forma implícita y explícita por la propia familia.

Para definir las tipologías de patrones de comunicación familiar Koerner y Fitzpatrick (2002) utilizan dos dimensiones centrales del funcionamiento familiar:

1. La orientación a la conversación: grado en que las familias crean un clima que anima a sus miembros a participar con libertad en las interacciones.
2. La orientación a la conformidad: grado en el que la comunicación familiar propicia la homogeneidad en actitudes, valores y creencias.

La teoría de los estilos de resolución de conflictos

Los conflictos son situaciones normales en la vida familiar. Dependiendo del tipo de estrategias que se empleen para resolverlos pueden suponer tanto oportunidades para el crecimiento personal y el fortalecimiento de las relaciones familiares como asociarse a un creciente malestar en la familia y poner en peligro la continuidad del proyecto familiar. Así, las familias funcionales no se distinguen de las disfuncionales por la cantidad de conflictos sino por la forma en que resuelven estas discrepancias.

Kurdek (1994) definió cuatro estilos principales de resolución de conflictos:

- Resolución positiva/negociación: basada en la comprensión de la posición del otro y tácticas de razonamiento constructivo para alcanzar compromisos y negociar.
- Estilo confrontativo: centrarse en uno mismo sin tener en cuenta al otro, implica comportamientos verbalmente abusivos, estar a la defensiva y atacar al otro y pérdida de autocontrol.
- Estilo de retirada: caracterizado por el rechazo o evitación del problema, negándose a hablar o retirándose del lugar.
- Estilo de sumisión: se acepta la solución del otro sin defender la posición propia.



Un clima proactivo y poder participar con libertad en las interacciones familiares es clave para un ajuste psicológico positivo en los adolescentes.

¿Influye la comunicación familiar en el desarrollo del adolescente?

La literatura científica confirma que así es. Los estudios llevados a cabo en las últimas décadas apuntan a que la calidad de la comunicación padres-adolescentes es clave para mantener una relación positiva y puede influir en diferentes aspectos del desarrollo del adolescente.

A continuación señalaremos algunos de los resultados más relevantes:

Ajuste psicológico

Se ha encontrado una relación positiva de la autoestima adolescente con aspectos concretos de la parentalidad como la participación (involucración en actividades conjuntas) de cada uno de los progenitores, su disponibilidad y la calidad de la relación con los padres.

Un ambiente familiar abierto y positivo favorece el ajuste psicológico en la adolescencia, ya que los adolescentes que perciben que sus pensamientos y

opiniones son valiosos muestran niveles más altos de autoestima. Del mismo modo, una buena comunicación y que los padres muestren interés por las actividades de sus hijos adolescentes se relaciona con un mayor respeto y cumplimiento de los límites y normas por parte de los hijos.

En los estudios realizados hasta la fecha, el estilo democrático se revela como el estilo óptimo. Se ha relacionado con una mayor autoestima y satisfacción vital así como con el fomento de vínculos más seguros entre padres e hijos y un mayor sentido de autonomía, mejor madurez psicosocial, orientación al trabajo y competencia social y con una menor incidencia de problemas de inadaptación emocional. El estilo sobreprotector también se ha asociado con altos niveles de autoestima mientras que los estilos de crianza autoritarios y negligentes se relacionaron sistemáticamente con los niveles más bajos de autoestima.



En cuanto a los patrones de comunicación familiar, en un metaanálisis² llevado a cabo en 2008, en el que se revisaron cincuenta y seis artículos científicos, se concluyó que en las familias que propiciaban un clima donde se anima a sus miembros a ser proactivos y participar con libertad en las interacciones (orientación a la conversación) los adolescentes presentaban niveles más altos de ajuste psicológico, mientras que cuando la comunicación familiar propiciaba la homogeneidad en actitudes, valores y creencias (orientación a la conformidad) se observaba un aumento de problemas psicológicos.

2. El metaanálisis es un conjunto de herramientas estadísticas que son útiles para sintetizar los datos de una colección de estudios.

Socialización

El contexto familiar desempeña un papel crucial en el desarrollo de habilidades para manejar los conflictos. Se sabe que una relación positiva y solidaria entre padres y adolescentes fomenta el desarrollo de la autonomía de éstos y les posibilita expresar su propio punto de vista durante los conflictos. En cambio, las interacciones negativas y controladoras entre padres e hijos socavan la autonomía de los adolescentes y pueden evocar comportamientos reactivos y de oposición contribuyendo a la generación de nuevos conflictos.

Algunos de los estilos de manejo de conflictos que padres - adolescentes pueden utilizar frente a sus disputas, como la retirada (evitación del problema, se evita hablar del tema) y el estilo combativo (estilo centrado en uno mismo sin tener en cuenta al otro, implica comportamientos verbalmente abusivos, estar a la defensiva y perder el autocontrol), se han relacionado con resultados más desadaptativos en el adolescente: quejas depresivas, conductas de externalización, menor autoestima y calidad de las relaciones.

Un clima de apoyo parental basado en el apoyo a la autonomía del adolescente y en una buena capacidad de respuesta por parte de los padres, se ha asociado con menor presencia de conflictos en la relación padres - hijos y una gestión de los mismos basada en la resolución positiva (estilo centrado en comprender la posición del otro y uso de tácticas de razonamiento constructivo para alcanzar compromisos y negociar).

Retomando la teoría de patrones de comunicación familiar, Koesten y Anderson (2004) encontraron que los individuos con un patrón familiar orientado a la conversación presentaban mejores niveles de habilidades sociales y se mostraban más eficaces en el manejo de conflictos interpersonales. Por el contrario, los adolescentes procedentes de familias con una orientación a la conformidad reportaron menores niveles de competencia interpersonal comunicativa.

Conductas de riesgo

Los estudios apuntan a que la comunicación familiar «saludable» es un indicador clave de si un adolescente se involucrará en conductas de alto riesgo. Se ha argumentado que los niños que perciben que sus familias son más cohesivas y presentan mayores niveles de apoyo emocional tienen menos probabilidades de suicidarse y de iniciar relaciones sexuales de forma precoz. Del mismo modo, en el campo del consumo de tóxicos se ha destacado el importante papel protector de la familia como factor mediador de otros predictores de consumo.

También se ha encontrado una asociación importante entre disfunción familiar e inicio precoz de las relaciones sexuales completas. Lima-Serrano *et al.* (2017)



Los individuos con un patrón familiar orientado a la conversación presentan mejores niveles de habilidades sociales y se muestran más eficaces en la gestión de conflictos interpersonales.

encontraron que quienes pertenecían a familias normofuncionales mostraron una menor probabilidad de iniciar relaciones sexuales con penetración.

Asimismo, aunque son menos los trabajos que han analizado la relación entre las características familiares y la seguridad vial, se han encontrado asociaciones de la comunicación y el clima familiar con el estilo de conducción en adolescentes. En el estudio llevado a cabo por Lima-Serrano *et al.* (2017) encontraron que el ser chica y un buen funcionamiento familiar podrían ser factores protectores de las prácticas de riesgo como conducción bajo el efecto del alcohol y/u otras drogas, mientras que la edad y una elevada afluencia social podrían ser factores de riesgo.

Conductas agresivas

Numerosos estudios han señalado que el comportamiento desadaptativo y violento de los adolescentes se asocia con prácticas educativas inapropiadas, una ineficaz supervisión y orientación por parte de los padres y con relaciones negativas entre los miembros de la familia. O dicho de otro modo, la familia puede actuar como factor protector contra el comportamiento agresivo de los adolescentes.

Así, los adolescentes que se sienten emocionalmente involucrados con su familia muestran una mayor confianza e independencia y una menor tendencia a cometer actos violentos y antisociales. El comportamiento de intimidación (*bullying*) se ha relacionado con varias variables familiares y modelos de crianza, como la baja participación de los padres, una crianza severa y autoritaria, desacuerdo entre los padres así como con altos niveles de estrés de los padres. La victimización entre compañeros también se ha asociado con tipos de crianza como altos niveles de crianza agresiva y reactiva, alta exigencia intrusiva y baja capacidad de respuesta por parte de los padres y falta de relaciones cooperativas entre padres e hijos.

En cambio, la cohesión familiar se ha señalado como una variable protectora para los roles tanto de acosador como de víctima. En una revisión llevada a cabo sobre el acoso escolar (*bullying*) realizada por Álvarez-García *et al.* 2015 se identificaron dos factores de riesgo parentales para que los adolescentes se conviertan en agresores: bajo control del comportamiento y baja percepción de apoyo y participación afectiva.

Martínez *et al.* (2019) analizaron el efecto protector o de riesgo que podían ejercer los diversos estilos parentales en el *bullying* y *ciberbullying*. Los resultados constataron que el estilo sobreprotector actuaba como un factor protector mientras que el estilo autoritario actuaba como factor de riesgo. El estilo autoritario se ha relacionado también con una mayor participación en comportamientos



Una comunicación familiar “saludable” es un indicador clave de si un adolescente se involucrará en conductas de alto riesgo.

violentos proactivos (impulsados por una meta) y reactivos (respuesta defensiva a alguna provocación) mientras que los adolescentes de familias indulgentes fueron los que obtuvieron puntuaciones más bajas en violencia proactiva.

Es importante señalar que los adolescentes no agresivos obtuvieron en los estudios puntuaciones más altas en manejo del estrés (inteligencia emocional), desarrollo positivo de los adolescentes y en funcionamiento familiar, respecto a los agresores.

Formación de la identidad en la adolescencia

La forma en que se relacionan padres - hijos también repercutirá en la futura formación de la identidad de estos últimos. Así, los estudios sugieren que los adolescentes cuyos padres apoyan su autonomía (fomentan la resolución de problemas y toma de decisiones independiente y promueven su propia autorregulación, respetando la perspectiva del adolescente) y se abstienen de usar el control psicológico (estrategias intrusivas y manipuladoras que obligan a los hijos a cumplir con las expectativas de los padres), con mayor frecuencia se sienten libres de explorar y adoptar un propio sentido de identidad personal.

Por el contrario, los padres que se entrometen en los pensamientos y sentimientos internos de los adolescentes y aplican una cierta forma de pensar o actuar, tienen más probabilidades de inhibir la capacidad de los adolescentes de estar en sintonía con su yo interior, lo que dificulta las decisiones relacionadas con la identidad.

Ajuste escolar

En referencia al ajuste escolar, las investigaciones muestran que los adolescentes procedentes de familias con un estilo democrático presentan un buen ajuste escolar, con una adecuada competencia académica y orientación hacia la escuela, están menos involucrados en los episodios de mala conducta escolar y están más orientados a la consecución tanto de objetivos de dominio (desarrollo de competencias y dominio de tareas) como de rendimiento (demostración de competencia en relación a los demás).

En resumen, aunque en ocasiones la comunicación con nuestros hijos adolescentes pueda resultar difícil y frustrante para ambas partes, numerosos estudios constatan que la comunicación familiar es fundamental para facilitar su adecuado desarrollo socioemocional y la superación exitosa de esta etapa.

Peculiaridades de la comunicación familiar en la adolescencia

Ya hemos comentado que la adolescencia puede ser una etapa convulsa tanto para los propios adolescentes como para sus familias. Aunque la comunicación con los hijos en la infancia haya sido fluida y positiva, cuando éstos llegan a la adolescencia suele verse afectada de forma significativa.

Forma parte del periodo adolescente que éstos pongan a prueba la relación con los padres, desafiando las reglas familiares preexistentes y exigiendo mayor libertad y autonomía. Es habitual que tanto padres como hijos se sientan frustrados por los cambios en su forma de comunicarse, pero este es un proceso que requiere de tiempo y ajustes constantes.

Muchos padres sienten a sus hijos adolescentes distantes o tremendamente reactivos y se sienten confundidos ante su conducta, sin saber cómo actuar. La etapa de la adolescencia implica una diferenciación con los roles paternos en busca de una identidad propia. En ocasiones esta búsqueda de identidad choca de lleno con valores o normas familiares, generando frecuentemente conflictos entre padres e hijos. La expresión del afecto también es un aspecto cambiante, pudiendo evitar activamente muestras de afecto normales en la infancia y que ahora consideran “vergonzosas”.

En esta etapa se hace especialmente necesario que los padres intenten ponerse en el lugar de los hijos, intentando conocer y comprender esta etapa de desarrollo con el objetivo de poder dar significado a conductas inherentes a la adolescencia y que en un primer momento pueden dar la sensación de ser transgresoras, provocadoras o conflictivas. Puede ser de ayuda recordar que, aunque existan cambios en la forma de expresarse y comunicarse con los padres, esto no implica una disminución en su afecto hacia nosotros, sino que “nos quieren de forma diferente”.

Algunas actitudes habituales con la llegada de la adolescencia y que suelen ser motivo de preocupación para la mayoría de los padres son:

Sentir que el adolescente se niega o se cierra ante los intentos de comunicación por parte de los padres: muchos padres viven con ansiedad el silencio de sus hijos. Se preocupan especialmente si creen que hay algún problema que el adolescente se niega a compartir.

¿Cómo actuar? La comunicación es un proceso de doble vía. Es aconsejable que nosotros como padres también compartamos nuestras inquietudes con nuestros hijos adolescentes para servir de modelo. Otro aspecto clave es valorar qué puede estar dificultando la comunicación. Tal vez nuestros hijos nos sientan poco disponibles o se sientan “interro-

gados” por nuestras preguntas. Recomendamos tener paciencia, mostrar disponibilidad, curiosidad real y utilizar el modelaje.

Sentir que el adolescente nunca está disponible: puede dar la impresión de que siempre tiene otros planes, está conectado con sus amigos y la familia pasa a ocupar un lugar relegado. Para los padres es muy difícil asumir también el nuevo rol o papel con el que el adolescente intenta investiros. Podemos pasar de relaciones muy apegadas en la infancia a una marcada distancia en la adolescencia. Es importante aprender a respetar su necesidad de espacio. Esto no implica renunciar a realizar actividades agradables con ellos.

¿Cómo actuar? Se recomienda mostrar interés por sus aficiones e intereses y no olvidarnos de proponer (sin atosigar) actividades que podamos realizar conjuntamente, aunque en esta etapa muchas veces estas propuestas pasarán por “acompañar” al adolescente en alguna de sus tareas o actividades (por ejemplo, acompañarle a comprarse unos zapatos) y es fundamental atesorar esos momentos. En cuanto al uso de aparatos tecnológicos, practicar con el ejemplo y tener claro que prohibir es aumentar el deseo, son, de nuevo, dos aspectos críticos para prevenir la aparición de problemas futuros.

Sentir que el adolescente siempre está de mal humor y que salta a la más mínima: como se ha comentado en el capítulo anterior, la adolescencia es una etapa de múltiples cambios no solo sociales sino también físicos, biológicos y neurológicos que hacen que algunos adolescentes estén especialmente sensibles o reactivos emocionalmente. Es aconsejable no tomarnos esto como algo personal, aunque esto no significa que debamos tolerar conductas agresivas o reacciones muy desproporcionadas.

¿Cómo actuar? Tratar de mantener la calma y no desbordarnos ante comentarios del tipo “te odio”, “me estás amargando la vida” u “ojalá no fueras mi padre”. Si ante comentarios de este tipo aprendemos a mantenernos serenos y firmes, ayudaremos a nuestro hijo a autorregularse y le enseñaremos una manera diferente de responder en situaciones de elevada carga emocional. Le estaremos proporcionando un modelo de conducta alternativo y más adecuado.

Sentir que cada negociación es una batalla a vida o muerte: en su búsqueda de autonomía e identidad es habitual que el adolescente empiece a cuestionar las reglas y normas familiares establecidas. Al mismo tiempo el egocentrismo propio de la adolescencia (pensar que todo tiene que ver con ellos y que son únicos) y la primacía de las relaciones sociales sobre las familiares, también repercuten en un abandono de ciertas normas de convivencia.

¿Cómo actuar? De nuevo intentar no tomarse el conflicto como ataque personal. El adolescente puede o no rebelarse por sistema,



Es habitual que tanto padres como hijos se sientan frustrados por los cambios en su forma de comunicarse, pero este es un proceso que requiere tiempo y ajustes constantes.

pero lo habitual es que ése desafío a la autoridad paterna se haga para evidenciar el cambio de etapa. Es muy importante saber elegir las batallas que queremos luchar. Que un adolescente esté castigado las veinticuatro horas del día no es eficaz y estar todo el día “de morros” tampoco nos va a ayudar a mejorar nuestra forma de comunicarnos. Para evitarlo, pactar una serie de normas inamovibles y establecer las consecuencias por su trasgresión puede ser una buena base y, a partir de ahí, estar abiertos a la negociación.

Sentir que no podemos evitar que cometan errores: es especialmente difícil para los padres ver que los hijos adolescentes cometen errores y toman malas decisiones. Esto es algo que cabe esperar y que forma parte del proceso. Es fundamental que los padres aprendamos a ir tolerando las decisiones que tomen, a pesar de sentir que se están equivocando, con el objetivo de que puedan convertirse en personas autónomas y autorreguladas.

¿Cómo actuar? Dejar que los adolescentes experimenten por sí mismos las consecuencias de sus decisiones y aprendan a tolerar la frustración es una manera de convertirlos en personas competentes y con capacidad para gestionar y resolver conflictos. Evidentemente, esto no es aplicable si vemos que el adolescente está poniendo en riesgo su bienestar (físico o psíquico), o el de otro, o si las consecuencias de sus actos podrían ser muy graves.

Cómo promover una comunicación familiar eficaz

La comunicación eficaz se define como aquella en la que el receptor interpreta y comprende el mensaje en el sentido que pretendía el emisor. Esta sería la comunicación ideal, pero frecuentemente encontramos dificultades para una correcta comunicación. La distracción, las interrupciones, precipitarnos a ofrecer soluciones, realizar juicios de valor, negar o rechazar lo que siente nuestro interlocutor, contraargumentar y centrarnos en nosotros mismos, y no cuidar nuestra comunicación no verbal (voz, gestos) son algunas de las barreras más frecuentes en la comunicación.

La comunicación, como hemos comentado, es mucho más que una reacción lineal causa-efecto (mensaje-respuesta), es una construcción que hacemos en función de muchas variables y que requiere de unas habilidades específicas. Podemos mejorar significativamente nuestra comunicación con los adolescentes poniendo en práctica algunas sencillas estrategias:

Escucha activa

Escucha activa significa escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del otro, entendiendo no solo lo que expresa directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que está diciendo. Para ello es necesaria una adecuada atención, pero es más que prestar atención, significa tratar de comprender al otro de forma global.

Para facilitar una escucha activa puede ayudarnos parafrasear (verificar con nuestras palabras lo que acaban de decir), resumir lo que hemos entendido para comprobar que lo estamos comprendiendo bien y emitir expresiones o palabras de refuerzo (por ejemplo: "¡ah!", "qué interesante", "me gusta hablar contigo"). Debemos intentar adaptar nuestro lenguaje al del adolescente, sin confundirnos ni situarnos en el mismo nivel (no somos sus colegas).

También es aconsejable tratar de cuidar nuestra comunicación no verbal: mantener el contacto visual, distancia adecuada, postura ligeramente inclinada hacia delante, gestos y expresiones que demuestren interés, expresión facial acorde con el contenido del mensaje, etc.

Disponibilidad

Nos ayudará presentar una actitud positiva frente a los inicios de interacción de nuestros hijos (aunque esto nos suponga generalmente un esfuerzo por interrumpir lo que estemos haciendo en ese momento), intentando aprovechar las oportunidades para conocer sus opiniones, responder a sus preguntas y compartir nuestras propias experiencias. Pero también será necesario aceptar sus silencios, rechazos o falta de interés, entendiendo que a esta edad forman parte de la normalidad.

Si estamos enfrascados en un asunto que no puede ser relegado a un segundo plano, sería interesante poder "negociar" y dejar definido un nuevo momento para establecer dicha comunicación. Les estaremos manifestando nuestro interés y enseñándoles a tolerar la espera.

Conviene asegurarnos de que saben que podrán contar con nosotros si tienen un problema y actuar en consecuencia, estando alertas a si dan muestras de preocupación (por ejemplo, si realizan preguntas indirectas sobre algo que le ocurre a un amigo, que han visto o leído, o realizan preguntas sobre la propia adolescencia de los padres), intentando mostrarnos receptivos y aceptarles de forma incondicional.

Adaptabilidad

Mantener una comunicación fluida con nuestros hijos adolescentes requerirá de elevada proactividad por nuestra parte; deberemos buscar ocasiones y realizar propuestas de comunicación de forma flexible, dándoles a entender nuestro interés y preocupación, pero sabiendo valorar las posibilidades para una interacción y adaptándonos a cada situación. Es recomendable participar en actividades compartidas (teniendo en cuenta los intereses actuales del adolescente), ya que generan buenas oportunidades para conversar.

En el caso de querer comunicarnos con nuestros hijos es conveniente elegir el momento y el lugar adecuados. Un buen estilo comunicativo y un contenido coherente pueden ser insuficientes si no hemos valorado el lugar, el grado de intimidad, su estado anímico (poniendo atención a su lenguaje corporal, el tono e inflexión de su voz, sus expresiones faciales), y que la actividad que esté realizando no sea incompatible con el acto de la comunicación (ejemplo: no elegir el momento que esté con el móvil puesto que seguramente no vamos a disponer de la atención necesaria y puede generar un conflicto al sentirnos frustrados por su falta de respuesta).

También nos ayudará tener presente si nuestro estado anímico es el apropiado en ese momento para mantener una conversación determinada (por ejemplo, si creemos que una discusión se nos va a ir de las manos podemos interrumpirla diciéndole “ahora estoy demasiado enfadado para pensar con claridad, lo discutiremos más tarde cuando estemos ambos más tranquilos”).

Empatía y aceptación

Empatía es la habilidad para ponernos en el lugar del otro, comprender y sentir según su punto de vista. Es imprescindible para realizar una escucha activa desde lo emocional, tratando de “meternos en su piel” y haciéndole saber que “nos hacemos cargo”.

En ocasiones nos resulta difícil no minimizar las preocupaciones o la intensidad de las reacciones emocionales del adolescente, pero lo que los adolescentes necesitan es sentirse validados y no juzgados por sus opiniones o afectos. Aunque no compartamos su punto de vista, la comunicación se beneficiará si somos capaces de hacer que se sientan escuchados y comprendidos.

A menudo nos expresarán que “no les entendemos”. Tendremos que tolerar estas reacciones, intentando que nos expliquen más de lo que les pasa y procurando recordar que nosotros no siempre nos sentimos entendidos por nuestros padres, aunque lo hicieran lo mejor posible.

Asertividad y autorregulación

La comunicación asertiva nos permite expresar nuestras opiniones, emociones y deseos de forma tranquila y respetuosa, e intentar aceptar al otro sin juzgarlo. Si como padres conseguimos mantener una postura asertiva con nuestros hijos, autorregulando nuestras emociones de forma adecuada, ejercemos un modelaje positivo hacia ellos y es más probable que incorporen este tipo de estrategias en su estilo de comunicación interpersonal.

Para ello nos ayudará tener en cuenta varios aspectos:

- Respetar y aceptar las diferencias. Uno de los objetivos de la etapa adolescente es la formación de la propia identidad a través de la diferenciación de los padres, por lo que es esperable la expresión de opiniones contrarias a los valores, creencias e ideologías familiares. No es recomendable entablar discusiones por cada idea que no sea de nuestro agrado, ni tampoco evitar hablar de los temas en los que se discrepa. Nuestros hijos necesitan expresarse y sentirse escuchados y tenidos en cuenta, por lo que hay que “darles cancha”, dejarles hablar y, si lo consideramos oportuno, realizar comentarios para que se cuestionen algunas afirmaciones sin enfrentarnos directamente (por ejemplo, frente a un comentario de “no creo en la fidelidad en las relaciones”, poder preguntarle “¿crees que en algún caso puede ser importante para otras personas?”).
- Ser específicos en la comunicación. Poder definir lo que opinamos, lo que pedimos o queremos y realizar propuestas concretas (por ejemplo, en vez de decir “siempre estás con tus amigos y ya nunca pasas tiempo con nosotros”, poder proponer “¿qué te parece si el sábado me enseñas como se juega a ese videojuego del que siempre hablas?”).
- Procurar ser breves. Repetir varias veces lo mismo o alargar el discurso de forma excesiva puede hacer que los adolescentes “desconecten” o nos califiquen de “pesados”. Es mejor dejar claro lo que esperamos de ellos y lo que haremos de no ser así, y dar tiempo para que ellos mismos lo gestionen, sin recordárselo constantemente. También es bueno tener en cuenta, a la hora de poner consecuencias, que ya no son unos niños pequeños y que no podemos tratarles como tales (por ejemplo, es mejor llamarles la atención sobre una conducta inadecuada a solas y no delante de los amigos, dado que lo vivirán como una humillación).
- Ser precisos al expresar un desacuerdo o una crítica mencionando la conducta concreta que nos desagrada y no a la persona en su totalidad



La escucha activa, estar disponibles, trabajar la empatía y la aceptación y ser asertivos son algunas estrategias para mejorar la comunicación.

(no decir por ejemplo “siempre llegas tarde, eres un desastre” sino “hoy has llegado tarde, últimamente te pasa bastante”). Es recomendable no usar generalizaciones (siempre/nunca, todo/nada), ni etiquetas (eres un...), rara vez son ciertas y no impulsan cambios positivos en el otro.

- Intentar no mezclar temas. A veces (mucho más a menudo de lo que creemos) aprovechamos una discusión para comentar otro asunto que nos preocupa o reprochar algo del pasado, y los adolescentes también suelen hacerlo (por ejemplo, si trae unas notas bajas y le echamos en cara sus gustos sobre música o el que pida salir con sus amistades). Es recomendable tratar los asuntos uno a uno y buscar el momento apropiado para cada cual.
- No ir acumulando emociones negativas sin comunicarlas. Éstas pueden conducir a un conflicto con el adolescente o a un estallido emocional desproporcionado. Debemos ser coherentes con lo que decimos y poder autorregularnos para enseñarles a hacerlo (por ejemplo: decirle “esto no me ha gustado”, “me duele que me hables así”, en vez de “no te soporto”, “me vas a matar de un disgusto”) y no utilizar los gritos como arma.
- Ser pacientes, negociar y marcar límites claros. Es propio de la adolescencia cuestionar las normas familiares establecidas hasta el momento, y la entrada en esta etapa requiere una reconstrucción de las reglas y límites, parcialmente negociada con los adolescentes, pero estos siguen necesitando algunas normas básicas, claras e inamovibles y adecuadas para cada momento evolutivo (por ejemplo, pueden ser frecuentes las peticiones de salir de noche, y debemos dejar claro en qué momento lo valoraremos adecuado y aceptaremos negociar).

Nuevos retos en la comunicación padres - adolescentes

El mundo cambia a un ritmo cada vez más rápido. La vida actual discurre a una velocidad tan alta que se producen alteraciones profundas en la forma de interactuar de las personas, no en el plazo de una generación sino incluso varias veces dentro de las mismas. Las tecnologías de la información y comunicación (en adelante TIC) han implicado cambios cualitativos en el funcionamiento familiar, creando nuevos escenarios de interacción y reorganizando los patrones relacionales familiares actuales. Las formas tradicionales de comunicación, como el cara a cara, han asumido hoy nuevos formatos tecnológicos para incluir los móviles, el correo electrónico y las redes sociales entre otros. Para una descripción más detallada consultar el capítulo *¿Cómo gestionamos el impacto de las nuevas tecnologías?* de este mismo Informe.

¿Cómo afectan las nuevas tecnologías a la comunicación familiar?

El Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) realizó un estudio de opinión en marzo de 2016 acerca del uso y la influencia de internet, el móvil o las redes sociales en la vida de los españoles y de sus familias encontrando que el 68 % de españoles creía que las nuevas tecnologías dañaban la comunicación entre padres e hijos como consecuencia de una menor inversión de tiempo en otras actividades familiares (CIS, 2016).

Los avances y la incorporación de las TIC en la vida familiar cotidiana han ganado un lugar destacado en el campo de la investigación. Son muchos los estudios destinados a analizar cómo se ve afectada la familia cuando interacciona a través de estas tecnologías, así como conocer el tipo de usos que la familia puede hacer de estas herramientas y analizar cómo inciden sobre la evolución de las relaciones familiares. En una revisión de la literatura llevada a cabo por Carvalho, Francisco y Relvas, (2015) se analizaron cuarenta y cinco estudios que estudiaban la relación de las TIC y el funcionamiento familiar encontrando resultados mixtos.



Por un lado, algunos estudios informan que las TIC tienden a aumentar el tiempo que pasan en familia y fortalecen los vínculos familiares, mejorando la comunicación familiar y aumentando la intimidad entre los miembros. Esto sería así, por ejemplo, en el caso de compartir las actividades en línea entre padres e hijos o con el uso de las TIC para gestionar las actividades diarias así como en aquellas familias en las que los padres sienten que trabajar desde casa les permite mayor dedicación familiar.

Del mismo modo, también han tenido un impacto positivo en las familias transnacionales permitiendo el mantenimiento y la (re)creación de vínculos familiares, a pesar de la distancia geográfica, y en relaciones efectivas de co-paternidad después del divorcio, facilitando a los padres la planificación y la toma de decisiones conjuntas sobre sus hijos.

No obstante, a pesar de los aspectos positivos comentados, la incorporación de las TIC en la vida cotidiana también ha acarreado la aparición de nuevas dificultades en el ámbito familiar. Otros estudios señalan que el uso particular de patrones como la multicomunicación (comunicación con varias personas a la vez) y la perpetua disponibilidad traducida por ejemplo en la abundancia de amigos conectados en redes sociales y en la cantidad de información compartida en todo el mundo, puede llevar a situaciones de pérdida del control familiar de las interacciones que se producen en entornos virtuales.



Es importante estar informados y buscar recursos que nos ayuden a acompañar y educar a los adolescentes en el uso responsable de las TIC.

Asimismo, investigaciones centradas en el uso de las nuevas tecnologías destacan como consecuencias de las mismas una reducción del tiempo dedicado a la familia, un aumento en la aparición de conflictos intergeneracionales, así como cierta obstaculización en el ejercicio de la crianza de los hijos. Otro de los problemas que pueden comportar las TIC en las relaciones familiares se refiere a la desconexión existente entre señales verbales y no verbales, los malentendidos derivados de la misma, así como el aislamiento de los miembros de la familia en la misma casa entre sí en lugar de establecer conexiones personales.

En un estudio llevado a cabo por Mesch (2006) se concluyó que, a mayor frecuencia de uso de internet por parte de los jóvenes, menor era la percepción de la calidad relacional con sus padres. Sin embargo, esta relación negativa no se debió a la frecuencia del uso de internet en sí, sino a la existencia de otra variable: el tipo de actividad en línea.

Así, el uso de internet por parte de los adolescentes con fines sociales (por ejemplo, jugar juegos en línea, comunicarse con amigos y participar en grupos de discusión) se encontró asociado positivamente con los conflictos familiares, mientras que el uso de internet con fines de aprendizaje o relacionados con la escuela (como la búsqueda de información) no se asoció con las variables de conflictos familiares, tiempo familiar y cohesión familiar.

Warren y Aloia (2018) también señalaron la importancia del uso que se da a estas tecnologías entre padres y adolescentes como predictor de la afectación a nivel relacional. Así, cuando se utilizaban los dispositivos móviles con motivos relacionales (por ejemplo, expresar apoyo, manejar conflictos) estos eran predictivos de sentimientos de cercanía, mientras que los usos más funcionales o instrumentales (por ejemplo, coordinar horarios, compartir contenido) no predecían la cercanía familiar.

Otro de los factores a tener en cuenta y que puede repercutir en un cambio en las dinámicas familiares entre padres e hijos adolescentes, es que en la era digital no todos los padres cuentan con la competencia digital necesaria para educar y/o supervisar a sus hijos en este ámbito, por lo que a veces se encuentran con el inconveniente de ser padres sin un modelo de referencia con respecto a las TIC, ya que estos dispositivos surgieron demasiado tarde en sus vidas. De este modo, la capacidad tecnológica por parte de los jóvenes tiende a aumentar la brecha digital entre generaciones, y desvía la autoridad de los padres, cuestionando las reglas y los valores que intentan transmitir.

Algunos consejos y recomendaciones

Nuestros hijos son lo que se denomina “nativos digitales” (Prensky, 2001), dado que han nacido en una sociedad en la que el uso de la tecnología está presente en su día a día y van a requerir habilidades digitales para manejarse correctamente en su vida académica y profesional.

Como padres, es aconsejable que estemos informados y busquemos recursos que nos ayuden a acompañarlos y educarlos en el descubrimiento y utilización de las TIC. A continuación se listan algunos consejos a tener en cuenta. Consultar el capítulo *¿Cómo gestionamos el impacto de las nuevas tecnologías?* para mayor profundidad:

- No negar el uso de las TIC sino limitarlo. Es recomendable pactar unas reglas claras respecto al uso de móviles, tabletas y otros dispositivos: dónde y cuándo pueden usarlos y establecer un tiempo límite de uso. También se pueden acordar unos horarios “sin pantallas” y dar nosotros mismos ejemplo de aquello que les pedimos que hagan, dejando de lado las TIC y realizando otras actividades.
- Aprovechar su interés en las TIC para ayudarles a reflexionar sobre su uso. Plantearles preguntas sobre sí mismos y el uso responsable de las TIC, así como de las ventajas y riesgos que implican. Las TIC les permiten proporcionar gran cantidad de información sobre ellos mismos y relacionarse con los demás en función de la imagen que proyectan,

por lo que los adolescentes deben poder reflexionar sobre las posibles consecuencias de la exposición de su vida privada en las redes, qué fotografías cuelgan y el porqué, si están pendientes constantemente de los comentarios o “likes” de sus amigos y qué ocurre cuándo no los obtienen, qué conductas *online* pueden suponerles un problema o incluso constituir un delito (la distancia suele crear una falsa sensación de anonimato e impunidad, pero también puede generarles sensación de indefensión frente al *ciberbullying*), etc.

- Detectar posibles problemas. En ocasiones, el uso de las tecnologías puede utilizarse como refugio para no enfrentarse a situaciones que generan ansiedad o malestar en los adolescentes (por ejemplo, conocer gente nueva o hablar cara a cara con un amigo sobre un conflicto). Es necesario ayudarles a adquirir competencias sociales más allá de las redes y estimular a que realicen otras actividades con sus amigos. Y, como hemos comentado anteriormente, mostrarnos receptivos y disponibles para que puedan explicarnos cualquier problema o dificultad.

¿Cómo puedo mejorar la comunicación con mi hijo adolescente?

La mayoría de programas de intervención diseñados para mejorar la comunicación entre padres e hijos destacan una serie de aspectos clave a tener en cuenta, algunos de los cuales ya han sido recogidos en apartados anteriores.

En la tabla siguiente presentamos un resumen de los principales facilitadores y obstáculos para la comunicación padres - hijos recogidos en el programa *Parent-Adolescent Communication Toolkit* (PACT), al que añadimos algunos consejos y recomendaciones ya citados anteriormente.

Tabla 2. Principales facilitadores y obstáculos para la comunicación padres - hijos.Fuente: Programa *Parent-Adolescent Communication Toolkit* (PACT).

Favorecen la comunicación	¿Cómo hacerlo?
Prestar atención	<ul style="list-style-type: none"> • Reaccionando de forma positiva a sus intentos de conexión emocional. • Mostrando disponibilidad e interés. • Escuchándole activamente.
Demostrar afecto y respeto	<ul style="list-style-type: none"> • Expresando emociones positivas hacia tu hijo/a a través de cumplidos, alabanzas y comentarios positivos. • Respetando sus decisiones y errores.
Construir significados compartidos	<ul style="list-style-type: none"> • Generando confianza y estabilidad en vuestra relación a través de la comprensión y la empatía. • Creando rituales que tengan un significado simbólico y emocional para vosotros.
Permitirle alcanzar sus metas	<ul style="list-style-type: none"> • Conociendo y aceptando los sueños de tu hijo/a. • Potenciando su autonomía y autoeficacia.
Aceptar sus ideas e influencia	<ul style="list-style-type: none"> • Escuchándole y aceptando sus ideas y opiniones, aunque no estés de acuerdo. • Estando abierto a su persuasión, aunque no signifique ceder en todo.
Aceptación mutua	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptándole por quién es y no por la persona que desearías que fuera.
Transigir	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrando flexibilidad en tus decisiones. • Alcanzando acuerdos que os satisfagan a ambos.
Discrepar con suavidad	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendiendo a comunicarle una queja o desacuerdo de forma asertiva. • No cayendo en críticas ni descalificaciones.
Reparar la comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Desescalando tus emociones negativas durante las discusiones con tu hijo/a adolescente. • Interrumpiendo la conversación si crees que puedes perder el control y retomándola con más calma después.
Hablar sobre temas difíciles	<ul style="list-style-type: none"> • Estando abierto a hablar sobre sexualidad, alcohol y drogas, salud mental, divorcio, muerte, etc.

Dificultan la comunicación	¿Cómo evitarlo?
Ser hipercrítico	<ul style="list-style-type: none"> • No atacando su forma de ser, ni etiquetándolo. • Señalando tu desacuerdo con hechos o comportamientos concretos.
“Hablar con la pared”	<ul style="list-style-type: none"> • No estando ausente mentalmente durante las conversaciones con tu hijo/a. • Utilizando técnicas de escucha activa.
Interrupciones constantes	<ul style="list-style-type: none"> • Dejando acabar a tu hijo/a sin cortarle. • No ofreciendo consejo o soluciones de forma precipitada.
Elevada rigidez	<ul style="list-style-type: none"> • Razonando y negociando con el adolescente. • No diciéndole constantemente lo que debe hacer, dejando que decida por sí mismo/a.
Estar a la defensiva	<ul style="list-style-type: none"> • No contraargumentando frente a sus quejas (no utilizar “pues yo más”, “lo mío es peor”). • No contraatacando frente comentarios ofensivos y/o descalificaciones que te profiera tu hijo/a adolescente.
Comentarios despectivos	<ul style="list-style-type: none"> • No insultándole ni humillándole, aunque estemos molestos. • Cuidando nuestra comunicación no verbal.
“Silencios a voces”	<ul style="list-style-type: none"> • Informándole de asuntos importantes para él/ella o la familia. • Abordando preocupaciones que pueda tener tu hijo/a y ofreciéndole información fiable.
Negación de dificultades	<ul style="list-style-type: none"> • No minimizando el malestar de tu hijo/a, acompañándole y observándole. • Buscando consejo o ayuda experta en caso de no observar mejoría o de empeoramiento.

A modo de conclusión

A lo largo de este capítulo hemos subrayado la importancia de la comunicación en las relaciones familiares y en el desarrollo del adolescente.

Se han revisado los principales modelos teóricos (estilos parentales, patrones de comunicación familiar y estilos de resolución de conflictos) y qué dimensiones han demostrado una mayor correlación con el ajuste psicológico, socialización, conductas de riesgo, agresividad, procesos identitarios y ajuste escolar en la adolescencia.

Como hemos podido ver, la comunicación familiar es fundamental para facilitar un adecuado desarrollo socioemocional de nuestros hijos adolescentes y la superación exitosa de esta etapa. El estilo educativo democrático (basado en una alta exigencia pero también una alta implicación) es el que se revela en la literatura científica como el más beneficioso. En cuanto al estilo de resolución de conflictos, la orientación a la conversación (familias que propician un clima donde se anima a sus miembros a ser proactivos y participar con libertad en las interacciones) y una gestión de los conflictos basada en la resolución positiva (estilo centrado en comprender la posición del otro y uso de tácticas de razonamiento constructivo para alcanzar compromisos y negociar) son los que obtienen mejores indicadores a nivel de ajuste psicosocial en adolescentes.

Se ha señalado también la transformación de la interacción familiar en la adolescencia, resumiendo algunos principios básicos para una comunicación eficaz, teniendo en cuenta las peculiaridades propias de esta etapa y los retos que supone el uso de las TIC en la comunicación. Como hemos comentado, la comunicación entre padres e hijos suele verse afectada de forma significativa con la llegada de la adolescencia siendo habitual que tanto padres como hijos se sientan frustrados por los cambios producidos, pero no hay que olvidar que la comunicación es un proceso de doble vía y que requiere de tiempo y ajustes constantes. Como elementos imprescindibles para una comunicación de calidad destacábamos la escucha activa, la disponibilidad, la capacidad de adaptación, la empatía y aceptación y, por último, pero no menos importante, la asertividad y autoregulación.

En cuanto al uso de las TIC veíamos que sus efectos dependían del uso que se hacía de las mismas y como factores convenientes recomendábamos practicar con el ejemplo, no prohibir pero sí limitar, formarles en un uso funcional de las mismas y ayudarles a adquirir competencias sociales más allá de las redes y estimularles a que realicen otras actividades con sus amigos.

Por último, se han recogido en una tabla los principales facilitadores y obstáculos para la comunicación padres - adolescentes, así como consejos y recomendaciones.

Referencias bibliográficas

- Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Perry, C. (2006). Parent–Child Connectedness and Behavioral and Emotional Health Among Adolescents. *American Journal of Preventive Medicine, 30*(1), 59–66. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.09.013>
- Albert Sznitman, G., Zimmermann, G., & Van Petegem, S. (2019). Further insight into adolescent personal identity statuses: Differences based on self-esteem, family climate, and family communication. *Journal of Adolescence, 71*, 99–109. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.01.003>
- Allen, J. P., McElhaney, K. B., Land, D. J., Kuperminc, G. P., Moore, C. W., O’Beirne-Kelly, H., & Kilmer, S. L. (2003). A secure base in adolescence: markers of attachment security in the mother-adolescent relationship. *Child Development, 74*(1), 292–307. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12625451>
- Álvarez-García, D., García, T., & Núñez, J. C. (2015). Predictors of school bullying perpetration in adolescence: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior, 23*, 126–136. <https://doi.org/10.1016/J.AVB.2015.05.007>
- AUNOLA, K., STATIN, H., & NURMI, J.-E. (2000). Parenting styles and adolescents’ achievement strategies. *Journal of Adolescence, 23*(2), 205–222. <https://doi.org/10.1006/jado.2000.0308>
- Bacigalupe, G., & Camara, M. (2011). Adolescentes digitales: El rol transformador de las redes sociales y las interacciones virtuales. In *Adolescentes en el siglo XXI: entre impotencia, resiliencia y poder* (pp. 227–244). Morata. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3818233>
- BACIGALUPE, G., & LAMBE, S. (2011). Virtualizing Intimacy: Information Communication Technologies and Transnational Families in Therapy. *Family Process, 50*(1), 12–26. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2010.01343.x>
- Baldry, A. C., & Farrington, D. P. (2000). Bullies and delinquents: personal characteristics and parental styles. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 10*(1), 17–31. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1298\(200001/02\)10:1<17::AID-CASP526>3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1298(200001/02)10:1<17::AID-CASP526>3.0.CO;2-M)
- Barber, B. K., Chadwick, B. A., & Oerter, R. (1992). Parental Behaviors and Adolescent Self-Esteem in the United States and Germany. *Journal of Marriage and the Family, 54*(1), 128. <https://doi.org/10.2307/353281>
- Barker, E. D., Boivin, M., Brendgen, M., Fontaine, N., Arseneault, L., Vitaro, F., ... Tremblay, R. E. (2008). Predictive Validity and Early Predictors of Peer-Victimization Trajectories in Preschool. *Archives of General Psychiatry, 65*(10), 1185. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.10.1185>
- Beyers, W., & Goossens, L. (2008). Dynamics of perceived parenting and identity formation in late adolescence. *Journal of Adolescence, 31*(2), 165–184. <https://doi.org/10.1016/J.ADOLESCENCE.2007.04.003>
- Branje, S. J. T., van Doorn, M., van der Valk, I., & Meeus, W. (2009). Parent–adolescent conflicts, conflict resolution types, and adolescent adjustment. *Journal of Applied Developmental Psychology, 30*(2), 195–204. <https://doi.org/10.1016/J.APPDEV.2008.12.004>
- Bulanda, R. E., & Majumdar, D. (2009). Perceived Parent–Child Relations and Adolescent Self-Esteem. *Journal of Child and Family Studies, 18*(2), 203–212. <https://doi.org/10.1007/s10826-008-9220-3>
- Calafat, A., García, F., Juan, M., Becoña, E., & Ramón Fernández-Hermida, J. (2014). Title: Which parenting style is more protective against adolescent substance use? Evidence within the European context. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.02.705>
- Carvalho, J., Francisco, R., & Relvas, A. P. (2015). Family functioning and information and communication technologies: How do they relate? A literature review. *Computers in Human Behavior, 45*, 99–108. <https://doi.org/10.1016/J.CHB.2014.11.037>

- Caughlin, J. P., & Malis, R. S. (2004a). Demand/Withdraw Communication between Parents and Adolescents: Connections with Self-Esteem and Substance Use. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21(1), 125–148. <https://doi.org/10.1177/0265407504039843>
- Caughlin, J. P., & Malis, R. S. (2004b). Demand/withdraw communication between parents and adolescents as a correlate of relational satisfaction. *Communication Reports*, 17(2), 59–71. <https://doi.org/10.1080/08934210409389376>
- Centseven Önder, F., & Yilmaz, Y. (n.d.). *The Role of Life Satisfaction and Parenting Styles in Predicting Delinquent Behaviors among High School Students **. Retrieved from www.edam.com.tr/estp
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (2016). *Estudio nº3131. BARÓMETRO DE MARZO 2016*. Retrieved from http://datos.cis.es/pdf/Es3131mar_A.pdf
- Chesley, N., & Fox, B. (2012). E-mail's Use and Perceived Effect on Family Relationship Quality: Variations by Gender and Race/Ethnicity. <http://Dx.Doi.Org/10.1080/00380237.2012.630906>. <https://doi.org/10.1080/00380237.2012.630906>
- Collins, W. A., & Steinberg, L. (2007). Adolescent Development in Interpersonal Context. In *Handbook of Child Psychology*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0316>
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., De Looze, M., Roberts, C., ... Barnekow, V. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people: health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487–496. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.3.487>
- Deković, M., Janssens, J. M. A. M., & Van As, N. M. C. (2003). Family predictors of antisocial behavior in adolescence. *Family Process*, 42(2), 223–235. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12879595>
- Devitt, K., & Roker, D. (2009). The Role of Mobile Phones in Family Communication. *Children & Society*, 23(3), 189–202. <https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.2008.00166.x>
- Dilorio, C., Kelley, M., & Hockenberry-Eaton, M. (1999). Communication about sexual issues: mothers, fathers, and friends. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 24(3), 181–189. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10195801>
- Ehrenreich, S. E., Beron, K. J., Brinkley, D. Y., & Underwood, M. K. (2014). Family predictors of continuity and change in social and physical aggression from ages 9 to 18. *Aggressive Behavior*, 40(5), 421–439. <https://doi.org/10.1002/ab.21535>
- Estévez López, E., Murgui Pérez, S., Moreno Ruiz, D., & Musitu Ochoa, G. (2007). [Family communication styles, attitude towards institutional authority and adolescents' violent behaviour at school]. *Psicothema*, 19(1), 108–113. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17295991>
- Flouri, E., & Buchanan, A. (2003). The role of father involvement in children's later mental health. *Journal of Adolescence*, 26(1), 63–78. [https://doi.org/10.1016/S0140-1971\(02\)00116-1](https://doi.org/10.1016/S0140-1971(02)00116-1)
- Ganong, L. H., Coleman, M., Feistman, R., Jamison, T., & Stafford Markham, M. (2012). Communication Technology and Postdivorce Coparenting. *Family Relations*, 61(3), 397–409. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2012.00706.x>
- Garaigordobil, M., & Machimbarrena, J. M. (2017). Stress, competence, and parental educational styles in victims and aggressors of bullying and cyberbullying. *Psicothema*, 29(3), 335–340. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.258>
- García, O., Serra, E., García, O. F., & Serra, E. (2019). Raising Children with Poor School Performance: Parenting Styles and Short- and Long-Term Consequences for Adolescent and

- Adult Development. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(7), 1089. <https://doi.org/10.3390/ijerph16071089>
- Garrido-González, I., Bugarín-González, R., & Machín-Fernández, A. J. (2016). Consumo de drogas en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 26(3), 174–180. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.11.006>
- Gonzalez, A. R., Doan Holbein, M. F., & Quilter, S. (2002). High School Students' Goal Orientations and Their Relationship to Perceived Parenting Styles. *Contemporary Educational Psychology*, 27(3), 450–470. <https://doi.org/10.1006/CEPS.2001.1104>
- González A, E., Molina G, T., Montero V, A., & Martínez N, V. (2013). Factores familiares asociados al inicio sexual temprano en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*, 141(3), 313–319. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872013000300005>
- Grotevant, H. D., & Cooper, C. R. (1985). Patterns of Interaction in Family Relationships and the Development of Identity Exploration in Adolescence. *Child Development*, 56(2), 415. <https://doi.org/10.2307/1129730>
- Haddon, L. (2006). The Contribution of Domestication Research to In-Home Computing and Media Consumption. *The Information Society*, 22(4), 195–203. <https://doi.org/10.1080/01972240600791325>
- Healy, K. L., Sanders, M. R., & Iyer, A. (2015). Parenting Practices, Children's Peer Relationships and Being Bullied at School. *Journal of Child and Family Studies*, 24(1), 127–140. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9820-4>
- Hernández Prados, M. Á., López Vicent, P., & Sanchez Esteban, S. (2001). La comunicación en la familia a través de las TIC percepción de los adolescentes. *Pulso: Revista de Educación, ISSN 1577-0338, ISSN-e 2445-2866, No. 37, 2014, Págs. 35-58, (37)*, 35–58. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4954346>
- Hertlein, K. M. (2012). Digital Dwelling: Technology in Couple and Family Relationships. *Family Relations*, 61(3), 374–387. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2012.00702.x>
- Huescar, E., Cervello, E., Llamas, L., & Moreno-Murcia, J. A. (2011). Conductas de consumo de alcohol y tabaco y su relacion con los habitos saludables en adolescentes. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19(3), 523–540. Retrieved from <http://go.galegroup.com/ps/anonymou?id=GALE%7CA314254346&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=11329483&p=AONE&sw=w>
- Huisman, S., Edwards, A., & Catapano, S. (2012). *The impact of technology on families. International Journal of Education and Psychology in the Community* (Vol. 2).
- Kanter, M., Affi, T., & Robbins, S. (2012). The Impact of Parents "Friending" Their Young Adult Child on Facebook on Perceptions of Parental Privacy Invasions and Parent-Child Relationship Quality. *Journal of Communication*, 62(5), 900–917. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2012.01669.x>
- Karavasilis, L., Doyle, A. B., & Markiewicz, D. (2003). Associations between parenting style and attachment to mother in middle childhood and adolescence. *International Journal of Behavioral Development*, 27(2), 153–164. <https://doi.org/10.1080/0165025024400015>
- Kaufmann, D., Gesten, E., Lucia, R. C. S., Salcedo, O., Rendina-Gobioff, G., & Gadd, R. (2000). The Relationship Between Parenting Style and Children's Adjustment: The Parents' Perspective. *Journal of Child and Family Studies*, 9(2), 231–245. <https://doi.org/10.1023/A:1009475122883>
- Kiesler, S., Zdaniuk, B., Lundmark, V., & Kraut, R. (2000). Troubles With the Internet: The Dynamics of Help at Home. *Human-Computer Interaction*, 15(4), 323–351. https://doi.org/10.1207/S15327051HCI1504_2
- Klasen, F., Otto, C., Kriston, L., Patalay, P., Schlack, R., & Ravens-Sieberer, U. (2015). Risk and protective factors for the development of depressive symptoms in children and adolescents: results of the longitudinal BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(6), 695–703. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0637-5>

- Koerner, A. F., & Fitzpatrick, M. A. (2002). Toward a Theory of Family Communication. *Communication Theory, 12*(1), 70–91. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.2002.tb00260.x>
- Koesten, J. (2004). Family communication patterns, sex of subject, and communication competence. *Communication Monographs, 71*(2), 226–244. <https://doi.org/10.1080/0363775052000343417>
- Koesten, J., & Anderson, K. (2004). Exploring the Influence of Family Communication Patterns, Cognitive Complexity, and Interpersonal Competence on Adolescent Risk Behaviors. *Journal of Family Communication, 4*(2), 99–121. https://doi.org/10.1207/s15327698jfc0402_2
- Koesten, J., Miller, K. I., & Hummert, M. L. (2002). Family Communication, Self-Efficacy, and White Female Adolescents' Risk Behavior. *Journal of Family Communication, 2*(1), 7–27. https://doi.org/10.1207/S15327698JFC0201_3
- Kurdek, L. A. (1994). Conflict Resolution Styles in Gay, Lesbian, Heterosexual Nonparent, and Heterosexual Parent Couples. *Journal of Marriage and the Family, 56*(3), 705. <https://doi.org/10.2307/352880>
- Ladd, G. W., & Ladd, B. K. (1998). Parenting behaviors and parent-child relationships: correlates of peer victimization in kindergarten? *Developmental Psychology, 34*(6), 1450–1458. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9823524>
- Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development, 62*(5), 1049–1065. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1756655>
- Lanigan, J. D. (2009). A Sociotechnological Model for Family Research and Intervention: How Information and Communication Technologies Affect Family Life. *Marriage & Family Review, 45*(6–8), 587–609. <https://doi.org/10.1080/01494920903224194>
- Larsen, B., & Collins, W. A. (2009). Parent-Child Relationships During Adolescence. In *Handbook of Adolescent Psychology*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470479193.adlpsy002002>
- Lima-Serrano, M., Guerra-Martín, M. D., & Lima-Rodríguez, J. S. (2017). Relación entre el funcionamiento familiar y los estilos de vida de los adolescentes en edad escolar. *Enfermería Clínica, 27*(1), 3–10. <https://doi.org/10.1016/J.ENFCLI.2016.09.004>
- Lima-Serrano, M., Lemos, I., & Nunes, C. (2013). Adolescent quality of life and health behaviors: a comparative study between adolescents from the south of Portugal and Spain. *Texto & Contexto - Enfermagem, 22*(4), 893–900. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400004>
- Livingstone, S. (2007). Strategies of parental regulation in the media-rich home. *Computers in Human Behavior, 23*(2), 920–941. <https://doi.org/10.1016/J.CHB.2005.08.002>
- López de Ayala López, M. C. (2007). El consumo de tecnologías de la información y comunicación en la familia. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=2268>
- Luyckx, K., Soenens, B., Vansteenkiste, M., Goossens, L., & Berzonsky, M. D. (2007). Parental psychological control and dimensions of identity formation in emerging adulthood. *Journal of Family Psychology, 21*(3), 546–550. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.3.546>
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. *Handbook of Child Psychology: Formerly Carmichael's Manual of Child Psychology / Paul H. Mussen, Editor*. Retrieved from <http://agris.fao.org/agris-search/search.do%3FrecordID%3DUS201301452933>
- Martínez, I., Murgui, S., García, O. F., & García, F. (2019). Parenting in the digital era: Protective and risk parenting styles for traditional bullying and cyberbullying victimization. *Computers in Human Behavior, 90*, 84–92. <https://doi.org/10.1016/J.CHB.2018.08.036>
- MCKEOWN, R. E., GARRISON, C. Z., CUFFE, S. P., WALLER, J. L., JACKSON, K. L., & ADDY, C. L. (1998). Incidence and Predictors of Suicidal Behaviors in a Longitudinal Sample of Young Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37*(6), 612–619. <https://doi.org/10.1097/00004583-199806000-00011>

- Mesch, G. S. (2006a). Family characteristics and intergenerational conflicts over the Internet. *Information, Communication & Society*, 9(4), 473–495. <https://doi.org/10.1080/13691180600858705>
- Mesch, G. S. (2006b). Family Relations and the Internet: Exploring a Family Boundaries Approach. *Journal of Family Communication*, 6(2), 119–138. https://doi.org/10.1207/s15327698jfc0602_2
- Milevsky, A., Schlechter, M., Netter, S., & Keehn, D. (2007). Maternal and Paternal Parenting Styles in Adolescents: Associations with Self-Esteem, Depression and Life-Satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*, 16(1), 39–47. <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9066-5>
- Missotten, L. C., Luyckx, K., Van Leeuwen, K., Klimstra, T., & Branje, S. (2016). Adolescents' Conflict Resolution Styles Toward Mothers: The Role of Parenting and Personality. *Journal of Child and Family Studies*, 25(8), 2480–2497. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0421-x>
- Moreno-Ruiz, D., Estévez, E., Jiménez, T., & Murgui, S. (2018). Parenting Style and Reactive and Proactive Adolescent Violence: Evidence from Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12), 2634. <https://doi.org/10.3390/ijerph15122634>
- Nation, M., Vieno, A., Perkins, D. D., & Santinello, M. (2008). Bullying in school and adolescent sense of empowerment: an analysis of relationships with parents, friends, and teachers. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 18(3), 211–232. <https://doi.org/10.1002/casp.921>
- NIE, N. H. (2001). Sociability, Interpersonal Relations, and the Internet. *American Behavioral Scientist*, 45(3), 420–435. <https://doi.org/10.1177/00027640121957277>
- Nie, N. H., Hillygus, D. S., & Erbring, L. (2002). *Internet use, interpersonal relations and sociability: Findings from a detailed time diary study*. in *The Internet in everyday life*, B. Wellman and C. Haythornthwaite, eds. Blackwell Publishing chap (Vol. 7).
- Obradors-Rial, N., Ariza, C., & Muntaner, C. (2014). Consumo de riesgo de alcohol y factores asociados en adolescentes de 15 a 16 años de la Cataluña Central: diferencias entre ámbito rural y urbano. *Gaceta Sanitaria*, 28(5), 381–385. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.04.004>
- Orcasita Pineda, L. T., & Uribe Rodríguez, A. F. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psicología. Avances de la disciplina*, 4(2), 69–82. Retrieved from <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224090010>
- Padilla-Walker, L. M., Coyne, S. M., & Fraser, A. M. (2012). Getting a High-Speed Family Connection: Associations Between Family Media Use and Family Connection. *Family Relations*. National Council on Family Relations. <https://doi.org/10.2307/41495220>
- Pinquart, M., & Kauser, R. (2018). Do the associations of parenting styles with behavior problems and academic achievement vary by culture? Results from a meta-analysis. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 24(1), 75–100. <https://doi.org/10.1037/cdp0000149>
- Plowman, L., McPake, J., & Stephen, C. (2010). The Technologicalisation of Childhood? Young Children and Technology in the Home. *Children & Society*, 24(1), 63–74. <https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.2008.00180.x>
- Pons, J., & Buelga, S. (2011). Factores Asociados al Consumo Juvenil de Alcohol: Una Revisión desde una Perspectiva Psicosocial y Ecológica. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 75–94. <https://doi.org/10.5093/IN2011V20N1A7>
- Prensky, M. (2001). Digital Natives, Digital Immigrants Part 1. *On the Horizon*, 9, 1–6. <https://doi.org/10.1108/10748120110424816>
- Puente Bienvenido, H., Fernández Ruiz, M., Sequeiros Bruna, C., & López Jiménez, M. (2015). *Revistas de juventud. Revista de Estudios de Juventud, ISSN-e 0211-4364, No. 110, 2015 (Ejemplar dedicado a: Los estudios sobre la juventud en España: Pasado, presente, futuro)*, págs. 155-172. Inst. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5641907>
- Puente, D., Zabaleta-del-Olmo, E., Pueyo, M. J., Saltó, E., Marsal, J. R., & Bolívar, B. (2013). Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en alumnos de enseñanza secundaria

- de Cataluña. *Atención Primaria*, 45(6), 315–323. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.12.007>
- Rompaey, V. Van, Roe, K., & Struys, K. (2002). Children's Influence on Internet Access at Home: Adoption and use in the family context. *Information, Communication & Society*, 5(2), 189–206. <https://doi.org/10.1080/13691180210130770>
- Rubenstein, J. L., & Feldman, S. S. (1993). Conflict-Resolution Behavior in Adolescent Boys: Antecedents and Adaptational Correlates. *Journal of Research on Adolescence*, 3(1), 41–66. https://doi.org/10.1207/s15327795jra0301_3
- Sánchez-Sosa, J. C., Villarreal-González, M. E., Ávila Guerrero, M. E., Jiménez, A. V., & Musitu, G. (2014). Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados. *Psychosocial Intervention*, 23(1), 69–78. <https://doi.org/10.5093/in2014a7>
- Schlack, R., Hölling, H., & Petermann, F. (2009). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen. *Psychologische Rundschau*, 60(3), 137–151. <https://doi.org/10.1026/0033-3042.60.3.137>
- Schrodt, P., & Ledbetter, A. M. (2007). Communication Processes That Mediate Family Communication Patterns and Mental Well-Being: A Mean and Covariance Structures Analysis of Young Adults From Divorced and Nondivorced Families. *Human Communication Research*, 33(3), 330–356. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2007.00302.x>
- Schrodt, P., Witt, P. L., & Messersmith, A. S. (2008). A Meta-Analytical Review of Family Communication Patterns and their Associations with Information Processing, Behavioral, and Psychosocial Outcomes. *Communication Monographs*, 75(3), 248–269. <https://doi.org/10.1080/03637750802256318>
- Şenyürekli, A. R., & Detzner, D. F. (2009). Communication Dynamics of the Transnational Family. *Marriage & Family Review*, 45(6–8), 807–824. <https://doi.org/10.1080/01494920903224392>
- Skripkauskaitė, S., Hawk, S. T., Branje, S. J. T., Koot, H. M., van Lier, P. A. C., & Meeus, W. (2015). Reactive and proactive aggression: Differential links with emotion regulation difficulties, maternal criticism in adolescence. *Aggressive Behavior*, 41(3), 214–226. <https://doi.org/10.1002/ab.21583>
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., Lens, W., Luyckx, K., Goossens, L., Beyers, W., & Ryan, R. M. (2007). Conceptualizing parental autonomy support: Adolescent perceptions of promotion of independence versus promotion of volitional functioning. *Developmental Psychology*, 43(3), 633–646. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.3.633>
- Spera, C. (2005). A Review of the Relationship Among Parenting Practices, Parenting Styles, and Adolescent School Achievement. *Educational Psychology Review*, 17(2), 125–146. <https://doi.org/10.1007/s10648-005-3950-1>
- Stafford, L., & Hillyer, J. D. (2012). Information and Communication Technologies in Personal Relationships. *Review of Communication*, 12(4), 290–312. <https://doi.org/10.1080/15358593.2012.685951>
- Steinberg, L., Lamborn, S. D., Darling, N., Mounts, N. S., & Dornbusch, S. M. (1994). Overtime changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 65(3), 754–770. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8045165>
- Steinberg, Laurence, Elmen, J. D., & Mounts, N. S. (1989). Authoritative Parenting, Psychosocial Maturity, and Academic Success among Adolescents. *Child Development*, 60(6), 1424. <https://doi.org/10.2307/1130932>
- Stern, M. J., & Messer, C. (2009). How Family Members Stay in Touch: A Quantitative Investigation of Core Family Networks. *Marriage & Family Review*, 45(6–8), 654–676. <https://doi.org/10.1080/01494920903224236>
- Stevenson, O. (2011). From public policy to family practices: researching the everyday realities of families' technology use at home. *Journal of Computer Assisted Learning*, 27(4), 336–346. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2729.2011.00430.x>

- Taubman – Ben-Ari, O. (2014). How are meaning in life and family aspects associated with teen driving behaviors? *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 24, 92–102. <https://doi.org/10.1016/J.TRF.2014.04.008>
- Toombs, E. (2014). Evaluating the Parent-Adolescent Communication Toolkit: Usability, measure assessment and preliminary content effectiveness. Retrieved from <https://dalspace.library.dal.ca/handle/10222/55959>
- Tsaousis, I. (2016). The relationship of self-esteem to bullying perpetration and peer victimization among schoolchildren and adolescents: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 31, 186–199. <https://doi.org/10.1016/J.AVB.2016.09.005>
- Van der Giessen, D., Branje, S., Keijsers, L., Van Lier, P. A. C., Koot, H. M., & Meeus, W. (2014). Emotional variability during mother–adolescent conflict interactions: Longitudinal links to adolescent disclosure and maternal control. *Journal of Adolescence*, 37(1), 23–31. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.10.007>
- Van der Giessen, D., Hollenstein, T., Hale, W. W., Koot, H. M., Meeus, W., & Branje, S. (2015). Emotional variability in mother–adolescent conflict interactions and internalizing problems of mothers and adolescents: dyadic and individual processes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(2), 339–353. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9910-9>
- Van Petegem, S., Vansteenkiste, M., Soenens, B., Beyers, W., & Aelterman, N. (2015). Examining the longitudinal association between oppositional defiance and autonomy in adolescence. *Developmental Psychology*, 51(1), 67–74. <https://doi.org/10.1037/a0038374>
- Vitaro, F., Barker, E. D., Boivin, M., Brendgen, M., & Tremblay, R. E. (2006). Do Early Difficult Temperament and Harsh Parenting Differentially Predict Reactive and Proactive Aggression? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(5), 681–691. <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9055-6>
- Wajcman, J., Bittman, M., & Brown, J. E. (2008). Families without Borders: Mobile Phones, Connectedness and Work-Home Divisions. *Sociology*, 42(4), 635–652. <https://doi.org/10.1177/0038038508091620>
- Wang, R., Bianchi, S. M., & Raley, S. B. (2005). Teenagers' Internet Use and Family Rules: A Research Note. *Journal of Marriage and Family*, 67(5), 1249–1258. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2005.00214.x>
- Warren, R., & Aloia, L. (2018). Parent–Adolescent Communication Via Mobile Devices: Influences on Relational Closeness. *Journal of Family Issues*, 39(15), 3778–3803. <https://doi.org/10.1177/0192513X18793924>
- WATT, D., & WHITE, J. M. (1999). Computers And The Family Life: A Family Development Perspective. *Journal of Comparative Family Studies*. University of Toronto Press. <https://doi.org/10.2307/41603606>
- Whitchurch, G. G., & Constantine, L. L. (n.d.). Systems Theory. In *Sourcebook of Family Theories and Methods* (pp. 325–355). Boston, MA: Springer US. https://doi.org/10.1007/978-0-387-85764-0_14
- Williams, A. L., & Merten, M. J. (2011). iFamily: Internet and Social Media Technology in the Family Context. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 40(2), 150–170. <https://doi.org/10.1111/J.1552-3934.2011.02101.X>
- Xiang, S., Liu, Y., & Bai, L. (2017). Parenting Styles and Adolescents' School Adjustment: Investigating the Mediating Role of Achievement Goals within the 2 × 2 Framework. *Frontiers in Psychology*, 8, 1809. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01809>
- Zhong, B. (2013). From smartphones to iPad: Power users' disposition toward mobile media devices. *Computers in Human Behavior*, 29(4), 1742–1748. <https://doi.org/10.1016/J.CHB.2013.02.016>

Retos actuales de la cotidianidad



3. ¿Cómo gestionamos el impacto de las nuevas tecnologías?

Josep Lluís Matalí.

PhD. Psicólogo clínico, Coordinador de la Unidad de Conductas Adictivas de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil y Jefe de Psicología y Consultas Externas. Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

Elena Flores.

Psicóloga clínica. Unidad de Conductas Adictivas de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

Hace tiempo que la tecnología digital entró en nuestras vidas para quedarse, aun así, el interés sobre cómo gestionarla para evitar un impacto negativo en los jóvenes cada vez está más presente. Esto se debe, en parte, a la rápida evolución de estos dispositivos y de sus posibilidades que hacen que el medio esté en constante cambio y exige prácticamente una adaptación constante por nuestra parte. En poco tiempo los temas de debate en referencia a las tecnologías digitales han ido cambiando pasando de discutir sobre las horas adecuadas para ver la televisión, a plantearnos donde es el mejor lugar de la casa para instalar el ordenador para acabar reflexionando, por ejemplo, si el móvil debe usarse o no en los institutos.

Recientemente, se han producido cambios importantes en las tecnologías digitales que marcan el uso que hacemos de ellas y la implicación que tienen en nuestras vidas, el hecho de que el acceso a la red sea libre y universal y que los dispositivos sean personales y prácticamente intransferibles determinan unas características sociales únicas hasta el momento. Esta falta de precedente genera una incertidumbre que puede aumentar la angustia de las familias que se plantean qué uso tienen que hacer sus hijos de la tecnología para mantener una relación sana y no sufrir consecuencias negativas en un futuro.

UNICEF publica anualmente un informe sobre el estado actual de la infancia; en el 2017 el informe fue titulado *Niños en un mundo digital* (UNICEF, 2017). Esto nos puede aportar una idea sobre el interés global que genera la relación de los niños

con las tecnologías y del impacto de ésta sobre sus vidas. Según este informe, uno de cada tres usuarios de la red es menor de dieciocho años y el 62 % de los jóvenes consideran que hacen buenas relaciones a través de la red.



Muchas familias se plantean qué uso tienen que hacer sus hijos de la tecnología para mantener una relación sana y no sufrir consecuencias negativas en un futuro.

Es posible que al leer el presente capítulo estos datos ya estén desactualizadas, por la rápida evolución de la temática, pero nos sirven para concluir que los jóvenes son el grupo de edad más conectado y que los patrones de relación que conocemos están cambiando; más bien podemos decir que ya han cambiado. El impacto de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) no es un tema futurista ni algo que nos quede muy lejano, ya que para estos jóvenes la tecnología digital forma parte de sus vidas, de su pasado y de su presente; han crecido rodeados de tecnología y, por tanto, ni la tecnología es nueva para ellos ni deben adaptarse a ella porque forma parte de su infancia.

Aun así, la llamada “brecha digital” sigue siendo el mayor riesgo relacionado con internet. El acceso digital se está convirtiendo en la nueva línea divisoria, ya que millones de niños y adolescentes que podrían obtener grandes ventajas de la tecnología digital (acceso a información, aprendizajes, oportunidades laborales,...) no se están beneficiando de ella. Por ejemplo, los jóvenes africanos son los menos conectados, aproximadamente el 60 % no están en línea en comparación con el 4 % de europeos. Esta grieta es aún más importante cuando tenemos en cuenta el género: en el 2017, según este informe, un 12 % más de hombres que de mujeres usaron internet. Además, las divisiones digitales también reflejan las grietas económicas predominantes, lo que amplifica las ventajas de los jóvenes más ricos y niega oportunidades de los que tienen menos recursos económicos, ya que además del acceso, se tiene en cuenta la calidad de este (tipo de dispositivos, velocidad de acceso,...).



En nuestro entorno más inmediato, la preocupación general gira en torno al uso excesivo de las TIC; una pregunta habitual de las familias es si el uso que hacen sus hijos es “normal” en referencia al número de horas que pasan delante de una pantalla, pero la realidad es que el debate basado en el tiempo está cada vez más obsoleto. No hay un acuerdo claro sobre qué sería un tiempo excesivo ya que es una cuestión que no solo depende de la edad del niño sino también de las características particulares de este y de su contexto. En entornos con alta conectividad es difícil estimar el tiempo total que se pasa delante de una pantalla porque se va utilizando, en cortos o largos momentos, durante todo el día. Por lo tanto, se constata que no es tan importante el tiempo dedicado a las pantallas como qué uso se hace de estas; deberíamos fijarnos más en los contenidos y las experiencias digitales de los jóvenes, es decir, en lo que hacen y por qué lo hacen.

Así pues, para definir si el uso que hacen nuestros hijos es moderado o excesivo tendremos que fijarnos en otros parámetros. En el presente capítulo intentaremos dar un poco de luz al respecto definiendo los tipos de uso de la tecnología digital y la adicción a videojuegos, cómo se detecta, y cómo proceder en estos casos. Por último, nos centraremos en el rol de las familias para favorecer una buena relación entre los jóvenes y las TIC.

“¿Está enganchado?”

Las adicciones comportamentales se definen como la pérdida de control sobre una conducta que genera la aparición de consecuencias adversas y un fracaso en la resistencia al impulso o tentación de realizar un acto perjudicial para uno mismo o los demás. Además, la presencia de acciones repetitivas iniciadas por un impulso causa en el individuo una disminución de la ansiedad o una sensación de euforia, generando un alto nivel de interferencia en todas las esferas de la vida cotidiana de la persona. Como en las adicciones a sustancias, los jóvenes que muestran adicciones comportamentales pueden experimentar una necesidad cada vez más elevada de realizar la conducta adictiva, mostrando más frecuencia o duración de la misma y síndrome de abstinencia ante la privación, caracterizado por malestar como tristeza, irritabilidad e inquietud física.

Actualmente no existe una categorización clara, consensuada y bien establecida en relación a las adicciones comportamentales. El grado de evidencia científica en relación a si estos comportamientos son realmente trastornos es muy bajo. Aunque se habla de muchas adicciones comportamentales diferentes como al sexo, a los robos, a las compras, a la comida, al juego y a las nuevas tecnologías, etc., en la actualidad, la única adicción comportamental que obtiene el



En nuestro entorno más inmediato, la preocupación general gira en torno al uso excesivo de las TIC; una pregunta habitual de las familias es si el uso que hacen sus hijos es “normal”.

reconocimiento de enfermedad en los manuales diagnósticos más reconocidos es el trastorno por juego patológico. No obstante, se contempla la posibilidad a estudio del trastorno relacionado con los videojuegos, trastorno por juego en internet (IGD, por sus siglas en inglés de *Internet Gaming Disorder*), que es de lo que hablaremos en este capítulo por ser más frecuente en personas más jóvenes.

Tipos de usos:

Así pues, ¿cómo podemos saber si el uso que hacen los jóvenes es perjudicial? Para saberlo debemos fijarnos en las consecuencias derivadas del uso de las TIC y según esto podemos hacer la siguiente clasificación:

- Uso normalizado: el consumo de TIC, por cantidad, frecuencia o motivación, no produce consecuencias negativas al joven o a su entorno.
- Uso inadecuado: realización de actos perjudiciales para los demás (*ciberbullying, sexting³,...*).
- Uso excesivo: el consumo de TIC se asocia a algunas consecuencias principalmente escolares, relacionales y familiares. Sin embargo, el adolescente mantiene el ajuste en el funcionamiento diario.
- Uso patológico/dependencia: se prioriza el uso de las TIC ante situaciones consideradas de mayor importancia para el joven. Su uso pasa a ser prioritario y se asocia a consecuencias graves para el sujeto y su entorno.

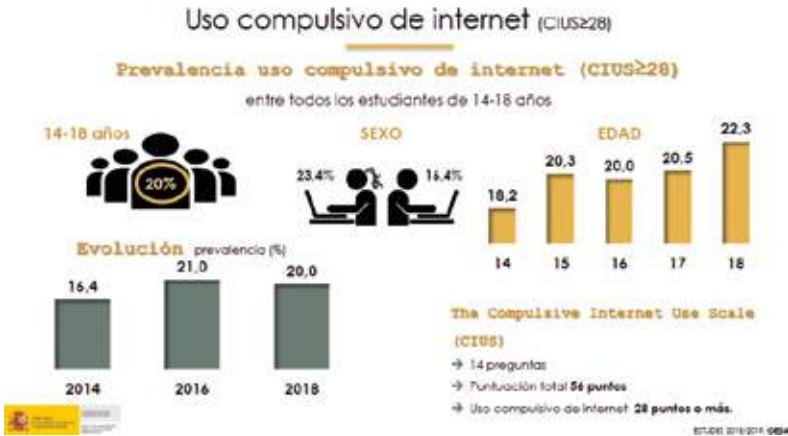
Prevalencia

Las encuestas indican que una gran parte de la población occidental realiza un uso excesivo de las TIC (17,57 %), principalmente de videojuegos (6,8 %) (Kaeser *et al.*, 2016). Según el informe nacional sobre adicciones comportamentales del 2019, basado en las encuestas EDADES y ESTUDES, en el 2017 existía un 2,9 % de la población de quince a sesenta y cuatro años que realizaba un uso compulsivo de internet, valor que se mantiene constante respecto al 2015 y sin apenas diferencias por sexo. En cambio, en la población de estudiantes de catorce a dieciocho años, la prevalencia de un posible uso compulsivo de internet en el 2016 era siete veces más alto (21 %) (ver figura 4), presentando una tendencia ascendente desde el 2014 (16,4 %), en todas las edades evaluadas, y más elevada en mujeres. En la misma encuesta, en el 2018 la prevalencia disminuye un punto (20 %) intuyéndose cierta estabilidad en la evolución. También las prevalencias de consumo de alcohol y cannabis son superiores entre los individuos que realizan un posible uso compulsivo de internet según este informe. En la práctica clínica, los servicios de psiquiatría infantojuvenil han detectado un incremento de este tipo de demandas por parte de las familias.

3. *Sexting* es un anglicismo que se refiere al envío de mensajes sexuales, eróticos o pornográficos por medio de las tecnologías de la información y la comunicación.

Figura 4. Prevalencia del uso compulsivo de internet.

Fuente: Informe sobre adicciones comportamentales: Juego y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y adicciones en España EDADES y ESTUDES.



Factores de riesgo

Es importante puntualizar que no todos los adolescentes tienen el mismo riesgo de acabar desarrollando una adicción. A pesar del elevado porcentaje de adolescentes que consumen drogas, la mayoría no desarrolla un trastorno adictivo. Del mismo modo, aunque prácticamente todos los adolescentes utilizan las nuevas tecnologías, la mayoría no realiza comportamientos de riesgo y no desarrollarán un trastorno adictivo.

Algunos de los factores de riesgo que se han descrito para las adicciones a las tecnologías digitales son:

- Ser joven (cuando más joven más riesgo).
- Inestabilidad afectiva, ansiedad y depresión.
- Baja autoestima.
- Personalidad de tipo inseguro, timidez extrema.
- Soledad.
- Presencia de algún déficit en el entorno familiar, como por ejemplo, baja supervisión y desconocimiento de las TIC.



Es importante diferenciar lo que significa el uso, el sobre uso y la adicción a los videojuegos y las tecnologías digitales.



El grado de evidencia científica en relación a si las adicciones comportamentales son realmente trastornos es muy bajo.

Consecuencias de las adicciones

Se han descrito muchas repercusiones asociadas con el uso de las TIC, siendo las más destacadas: la reducción de la calidad de vida (peor salud y baja calidad del sueño), la presencia de dificultades para la socialización presencial y la disminución del rendimiento académico.

A la vez, también se han relacionado con el aumento del riesgo de sufrir otras psicopatologías asociadas como la depresión, la ansiedad y el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), así como la presencia de malestar emocional, aislamiento en el domicilio y otras conductas de riesgo. Es importante tener en cuenta que algunas aplicaciones como los juegos *online* generan más demanda de atención clínica por sus mayores consecuencias en la vida del individuo.

Señales de alarma

Generalmente la instauración de la adicción es un proceso más o menos gradual que va desde los primeros contactos esporádicos, donde el joven experimenta aspectos placenteros que promueven su repetición (denominado reforzador positivo) hasta la necesidad de realizar la conducta una y otra vez con el fin de aliviar el malestar (denominado reforzador negativo).

Es importante tener en cuenta el momento evolutivo en la valoración de los adolescentes. En los momentos insidiosos de cualquier proceso patológico en el adolescente, puede ser difícil diferenciar entre la conducta adolescente normal y la que está provocada por una adicción incipiente. El adolescente puede presentar y experimentar cambios en su estilo de vida que suelen descentrar a sus familias pero que constituyen parte de la evolución normal de su desarrollo y maduración. Ahora bien, sí que existen señales que podemos considerar de alarma, por ejemplo, cambios que se producen de forma abrupta, adquieren una dimensión extrema o se consolidan en el tiempo más allá de lo que sería un proceso normal de desarrollo de la adolescencia.

Las señales de alarma son pequeños cambios que el adolescente va incorporando de forma sutil pero continua y que en un determinado momento pasan de ser poco habituales y justificables tanto para él como para su entorno a no serlo. Son todos aquellos indicadores de falta de normalidad que pueden evidenciarse en algunos de los siguientes puntos, debiendo presentarse de manera recurrente y sostenida en el tiempo:

- Patrón de sueño alterado, secundario al cambio de hábitos en el dormir y en la disminución de las horas de sueño para realizar la conducta adictiva. Por ejemplo, se queda conectado por las noches, se acuesta tarde, por la mañana le cuesta mucho levantarse.

- Patrón del apetito alterado, come rápido y mal para ganar tiempo, puede llegar a saltarse alguna comida.
- Menos atención por la higiene, debiendo recordarle pautas de higiene básica que antes realizaba (cepillarse los dientes, ducharse, cambiarse de ropa).
- Dejadéz en aspectos importantes de su vida, motivado por el aumento del tiempo que ocupa el tiempo con las pantallas.
- Cambio del estilo de ocio, cambio de intereses, de entorno.
- Irritabilidad, especialmente cuando no puede realizar la conducta adictiva.
- Estado de ánimo oscilante, tendencia a la tristeza, se muestra poco comunicativo, encerrado en su mundo, le molesta que le preguntes cosas sobre su día a día.
- Rendimiento académico alterado, absentismo, incremento de las notificaciones de actitud poco colaboradora o reprobatoria, aumento de los suspensos y las expulsiones de clase.
- Empieza a realizar hurtos, generalmente de pequeñas cantidades de dinero, y especialmente a la familia más cercana.



Aunque prácticamente todos los adolescentes utilizan las nuevas tecnologías, la mayoría no realiza comportamientos de riesgo y no desarrollarán un trastorno adictivo.

Una rápida detección de que “algo va mal” por parte del entorno más cercano ayudará a parar la espiral negativa y reconducir la situación. Por el contrario, la no detección de las señales de alarma o su banalización pueden provocar un sentimiento de incomprensión e indefensión que suele complicar el cuadro (más aislamiento, más búsqueda de nuevos referentes o el incremento de la posibilidad de aparición de un trastorno del estado de ánimo).

¿Cómo evaluamos?

Cuando detectamos las señales de alarma mencionadas anteriormente es importante consultar con un especialista. Es necesario realizar una correcta exploración y evaluación psicopatológica del joven, que permita entender los motivos por los que se ha establecido el sobreuso de las TIC (en la medida de lo posible, determinar la motivación inicial y la posible función que cumple la conducta adictiva, así como el mantenimiento de la misma) y determinar la existencia o no de otros diagnósticos de salud mental. Además, deben evaluarse las capacidades cognitivas (atención, percepción, memoria, lenguaje, etc.) y las funciones ejecutivas (flexibilidad, planificación, etc.). En este último se valora, por ejemplo, la capacidad/incapacidad de control, es decir, si el joven realiza la conducta a pesar de los intentos de controlarla y/o no puede detenerla una vez iniciada.



Es importante que los padres reconozcan señales de alarma de un posible trastorno adictivo y consultar con un especialista en caso de duda.

También se incluyen en la evaluación las repercusiones emocionales de la conducta adictiva. Cuando juega se siente feliz, aceptado, excitado, desinhibido o por el contrario si cuando no lo hace se siente solo, insatisfecho, inseguro, inhibido. En este contexto, es imprescindible conocer la evolución y severidad del problema, como ha acabado el adolescente generando un abuso a la conducta para ver cómo han ido sucediendo las cosas y descubrir si este sobreuso trata de cubrir o evitar una situación de malestar anterior.

Para valorar la dependencia psicológica, que incluye el deseo irrefrenable de utilizar las TIC, la polarización cognitiva o el enfoque atencional y la modificación de estado de ánimo, se evaluará hasta qué punto la adicción se ha convertido en el elemento más importante de la vida del joven ocupando la mayor parte de sus pensamientos y sentimientos. Además, es importante valorar otras áreas:

- La personalidad y el temperamento del niño.
- La escuela y/o el funcionamiento profesional, valorando cómo ha sido su rendimiento o adaptación escolar hasta el momento actual.
- El funcionamiento familiar y los posibles cambios que se han dado en el ámbito familiar.
- Las competencias sociales y las relaciones interpersonales del joven, en el pasado y en el momento presente.
- El tiempo libre y las actividades de ocio que tenía antes del problema y las que mantiene.

Intervención terapéutica

La gran mayoría de los adolescentes que acuden a un profesional de la salud mental lo hacen obligados o presionados por sus padres, que son los que están realmente preocupados por el comportamiento que su hijo está teniendo. Es por este motivo que cuando llegan a consulta tienen poca conciencia de enfermedad (puede que minimicen los problemas que les comporta estar tan centrados en el juego), normalizan el uso que hacen de las pantallas porque en su entorno la mayoría de conocidos pueden hacer un uso similar al que hacen ellos (aunque quizás no con las mismas consecuencias) y están enfadados con sus padres. Por lo tanto, lo más importante inicialmente es trabajar la relación terapéutica o alianza, a través de estrategias motivacionales; algo que en cualquier terapia es necesaria pero que en este contexto es esencial.

Una vez realizado el diagnóstico y cuando se consigue una buena adherencia, se realizará el plan de tratamiento, que se centra en las siguientes áreas:

- En el caso de tratarse únicamente de la adicción, el objetivo del tratamiento puede centrarse en la retirada o modificación de patrones de

uso, y en restablecer unos patrones más adecuados y responsables, mediante un reaprendizaje del uso adaptativo.

- Cuando el adolescente presenta un trastorno adictivo junto a otro trastorno psiquiátrico (llamado patología dual), se deben tratar ambos trastornos paralelamente.
- La intervención con la familia es un componente imprescindible en el abordaje de esta problemática no solo por el manejo y la comprensión de lo que les está sucediendo a sus hijos sino porque niveles de ansiedad parental están relacionados con el uso patológico o sobreeso de las TIC en los adolescentes como una manera de compensar la interacción problemática con sus progenitores o tutores.

Perfiles, ¿son todos iguales?

Entre los pacientes adolescentes que consultan por un trastorno relacionado con los videojuegos se han descrito dos perfiles clínicos en función del motivo por el que utilizan estos videojuegos:

- El primer grupo, denominado reclusos, se caracteriza por utilizar los videojuegos como una manera de hacer frente al malestar emocional o aliviar sus dificultades, siendo las más destacadas las dificultades interpersonales, haciéndolos más vulnerables al mismo tiempo a desarrollar una adicción comportamental. Además, en este grupo se ha identificado una asociación entre problemas como la soledad y la depresión, una edad de uso temprana (es decir, adolescentes más jóvenes) y la adicción al videojuego.
- El segundo grupo de pacientes, llamados rebeldes (jóvenes que no están aislados), también usan las TIC de manera problemática, pero por motivos vinculados al placer, principalmente recreativos, manteniendo alternativas de ocio con compañeros y presentando mayor prevalencia de trastornos externalizantes (conductas problemáticas como desobediencia, agresividad, expresividad de la ira, quebrantamiento de las normas,...).

La importancia en la diferenciación de estos dos perfiles radica en el abordaje terapéutico. Se ha comprobado que los pacientes reclusos consumen más recursos, tienen más necesidad de tratamientos combinados (farmacológicos y psicoterapéuticos) y tienen una evolución más lenta, teniendo por ello un peor pronóstico. Por lo tanto, aunque los objetivos terapéuticos puedan ser similares en ambos perfiles las estrategias para alcanzarlos pueden ser diferentes.

Prevención de la adicción a las pantallas

No todos los niños tienen el mismo riesgo de desarrollar una adicción a las TIC, la relación que generen con las pantallas dependerá en gran medida de su punto de partida. Mientras que aquellos que gozan de sólidas relaciones sociales y familiares suelen utilizar internet para reforzar estas relaciones, los niños que sufren a causa de la soledad, el estrés, la depresión o determinados problemas en el hogar pueden encontrar, por ejemplo, que internet agrava algunas de estas dificultades iniciales. Por el contrario, los niños que tienen dificultades sociales pueden a veces establecer amistades y recibir apoyo social *online* que no reciben de otras maneras.

Por lo tanto, la prevención pasa por promover actitudes y hábitos saludables en las diferentes áreas de la vida de nuestros hijos y eso empieza por revisar nuestro funcionamiento como referentes.

Empoderamiento

La gestión del uso de pantallas no es el único tema que nos puede ocasionar dolores de cabeza en la crianza de los hijos. Al mismo tiempo que van creciendo, socializando, descubriendo otras maneras de hacer las cosas y definiendo su personalidad también van apareciendo dudas y preocupaciones que pueden generar conflictos en el ambiente familiar o que nos pueden producir angustia como padres. La parte positiva de todo esto es que la paternidad genera situaciones de aprendizaje y crecimiento constante. Así que, a pesar de que con las TIC no tengamos mucha experiencia, sí la tenemos en muchos otros temas, y por tanto, el criterio que suele ser válido para la mayoría de aspectos relacionados con los hijos es posible que se pueda generalizar a este ámbito. Aprovechemos el sentido común generado por los años de experiencia y confiemos en nuestro criterio y capacidad para hacer frente a los diferentes momentos de crisis que se viven durante la crianza.

Empoderarse implica el desarrollo de la confianza en las propias capacidades y acciones. Es importante que los padres estén empoderados ya que “solo hacemos aquello que nos vemos capaces de hacer” y es por eso, que si no lo estamos, muchas veces, las propias inseguridades terminan por definir las decisiones que tomamos en vez de hacerlo los objetivos que nos proponemos como educadores, y así se puede dar el caso de que cedemos a la presión social comprando un videojuego que no es adecuado para la edad del niño o le dejamos el móvil a la criatura mientras esperamos en el restaurante para evitar la pataleta delante de todos, por poner dos ejemplos.



Observarme para empezar a entender

Como dice el refrán es más fácil ver la paja en el ojo ajeno que la viga en el propio ojo. Seguramente estamos acostumbrados a mirar a los hijos, lo que hacen, cómo reaccionan, cómo se relacionan, cómo nos contestan, si nos hacen caso,... al fin y al cabo es nuestra responsabilidad. Pero a veces, desde esta observación perdemos de vista cómo reaccionamos nosotros, cuáles son nuestros hábitos o cómo nos relacionamos con los demás.

Debemos entender que ellos también nos observan y muchas veces nos hacen saber la incongruencia entre nuestro discurso y nuestros actos. Un ejemplo típico sería el padre preocupado porque el hijo juega mucho a videojuegos mientras él mira series en la televisión. Pero también hay ejemplos fuera del ámbito de las TIC, aquella madre que grita a su hijo pidiéndole que no alce la voz, o para no hacerlo tan evidente, podríamos poner el ejemplo del padre que pide respeto a los hijos cuando se dirijan a él mientras él no lo tiene hacia el resto de conductores.

Así pues, para acercarnos a los adolescentes y mejorar la comunicación con ellos el enfoque tiene que cambiar, tenemos que poner el foco más en nosotros. Esto supone observar cómo nos relacionamos con la tecnología pero también cómo

nos comunicamos con ellos y cómo gestionamos el propio malestar. Puede suceder que les pidamos cosas que ni nosotros mismos hacemos pero lo peor de todo es que, además, podemos llegar a enfadarnos con ellos por no hacerlo generando consecuencias en el vínculo y en su autoestima. ¿Cuántas veces como adultos hemos intentado empezar una dieta y hemos fracasado a medio camino? ¿O cuántas veces nos hemos prometido no volver a perder los nervios y gritar y lo hemos vuelto a hacer? Todo el mundo puede tener dificultades para alcanzar objetivos y la perseverancia y el autocontrol son habilidades de maduración tardía en el desarrollo humano. Así que si pretendemos poner algún límite es interesante, por un lado, observar si nosotros mismos lo podemos asumir (por ejemplo, no utilizar el móvil cuando estamos en la sala de espera del médico), y por otro lado, acompañarlo de cierto control del entorno para favorecer el autocontrol (por ejemplo, no tener el wifi encendido de noche o instalar el ordenador en una zona común de la casa).



Compartir actividades con los adolescentes es una buena idea para fomentar que tengan un ocio variado.

Hablar menos, actuar más

Difícilmente, las cosas cambian solo repitiendo un discurso muchas veces. Dar la información o explicar la norma es imprescindible pero decirla constantemente no asegura el éxito. Es mucho más efectivo actuar, demostrar y dar ejemplo. Así pues, si nuestro objetivo, por ejemplo, es que nuestros hijos coman saludablemente, será más efectivo poner al alcance comida saludable y hacer las comidas con ellos que repetir el discurso mientras ingerimos ante ellos comida rápida.

Del mismo modo, si lo que pretendemos es que tengan un ocio variado será más efectivo compartir actividades con ellos y que nos vean ejercer distintas aficiones que decirlo mientras miramos el móvil. Por esta razón es importante promover un uso responsable de las TIC para toda la familia y establecer unos límites de tiempo de ocio tecnológico familiar (no solo para el joven). Tiene mayor incidencia en nuestros hijos lo que hacemos que no lo que decimos.

Alfabetización digital

Si no conocemos el entorno digital no lo podemos entender y lo que no entendemos genera distancia, miedo e incluso rechazo. Además, si ellos piensan que no lo entendemos o que no nos interesa se alejan y se aíslan, pierden interés en comunicar y compartir. Por lo tanto, parece importante acercarnos, informarnos, interesarnos por saber qué hacen, cómo lo hacen, con quién, qué les aporta,...

Por otra parte, si no conocemos el medio difícilmente podremos prepararlos de la manera adecuada para desarrollarse en un entorno digital. La alfabetización

digital no solo consiste en saber utilizar un aparato digital, sino también en entender y aplicar cómo este uso puede hacer que nuestra vida mejore o que seamos más productivos y eficientes con ella. Lo ideal en relación a pantallas es hacer una aproximación gradual, de menos a más, acompañando en este aprendizaje cómo lo hacemos en el resto y generando autonomía de manera progresiva.

Aunque en la primera infancia se desaconseja el uso de pantallas, si prohibimos el acceso a las TIC durante toda la infancia nos estamos perdiendo la oportunidad de educar en el manejo de las nuevas tecnologías ya que en la adolescencia será más complicado que nuestro hijo o hija nos permita interactuar en este plano y, por tanto, puede quedar más desprotegido. Por decirlo de otro modo, será como darle un cuchillo sin enseñarle antes a usarlo y sin supervisión.

Como pautas generales, se aconseja elegir cuidadosamente los juegos y aplicaciones teniendo en cuenta el momento evolutivo, acompañarlos en esta actividad, advertir de los peligros de contactar con desconocidos, dar datos personales o descargar programas sospechosos, establecer momentos y lugares de uso, y permitir el ocio tecnológico como recompensa y no como derecho adquirido.

Los límites son necesarios pero no suficientes

Los niños deben crecer en un entorno que permita predecir con cierta seguridad lo que pasará, esto les da confianza y permite reducir los niveles de estrés, entre otras cosas. Por eso las rutinas y los límites son imprescindibles, además deben saber que ciertas conductas están permitidas y otras no. Los padres y madres tienen un papel clave como figura de autoridad y guía generando este entorno previsible y seguro.

En este sentido, hay que recordar que a la hora de establecer normas en casa es preferible que sean pocas y bien claras para poderlas recordar y respetar. Pero marcar límites no es suficiente para garantizar un crecimiento cognitivo saludable. Debemos poder fomentar el pensamiento crítico a través de preguntas, exponiendo incongruencias,... porque ante situaciones confusas o problemáticas se planteen cuál es la actitud que quieren tener sobre ese tema independientemente de lo que hagan los demás o de si está prohibido o no. Así pues, además de escoger videojuegos o programas con contenidos adecuados a su edad intentaremos reflexionar sobre porqué aquel otro videojuego no es adecuado para ellos, por ejemplo.

Además, se ha de favorecer la cohesión y la comunicación familiar, y el apoyo entre los miembros de la familia teniendo demostraciones de afecto mutuo y potenciando la vida familiar a través de actividades de ocio comunes. El tener

intereses variados puede ser un factor protector de salud general y se puede entrenar desde la infancia además de resultar un elemento interesante para generar espacios de experiencias positivas juntos. Hay infinidad de alternativas de ocio no tecnológico (actividades físicas, artísticas, intelectuales, altruistas,...); a la hora de escoger debemos tener presente que algunas tienen el valor añadido de permitirnos potenciar otras capacidades como las habilidades sociales (especialmente aquellas que se realizan en grupo) o la autoeficacia (aquellas con las que puedo obtener un resultado deseado en función del propio esfuerzo).



Prohibir el acceso a las TIC durante toda la infancia nos hace perder la oportunidad de educarlos en el manejo de las nuevas tecnologías.

Mejorar la comunicación

Escuchar y procurar entender cómo se siente el otro, animando al niño o joven a dar su punto de vista sin juzgarlo desde la aceptación total del otro es la clave para establecer una buena comunicación. Lo ideal es poder hacerlo desde pequeños para generar el hábito y favorecer la comunicación abierta entre todos los miembros de la familia ya que de manera natural durante la adolescencia, el joven busca la diferenciación respecto a los padres, los referentes pasan a ser otras figuras (amigos, cantantes, *youtubers*,...) y están más ratos fuera de casa.

Como hemos visto en el capítulo *Comunicarme con mi hijo adolescente*, si esperamos a la adolescencia para mejorar la comunicación, porque es cuando nos preocupa más qué hacen o con quienes van, corremos el riesgo de que nos vean como policías que quieren extraer información, y por tanto, se muestren más herméticos con nosotros repercutiendo así en el vínculo y quedando más desprotegidos, porque si tienen dificultades o se ponen en riesgo, es menos probable que recurran a nosotros.

Sin embargo, nunca es tarde para intentar mejorar el clima y la comunicación. El éxito recae en buscar espacios y momentos agradables en los que poder hablar centrándonos en el presente sin remover el pasado fuera de la rutina y el estrés diario. También ayuda, especialmente al principio para coger hábitos y que el joven no nos vea tan invasivos, hablar de temas de interés del propio joven o temas más neutros (no conflictivos) donde no se pueda ver juzgado favoreciendo así que exponga su opinión. Dicho de otro modo, es más fácil hablar de fútbol o de los problemas de una amiga en una pizzería con el padre, que hablar de las malas notas mientras preparamos la cena un lunes con el resto de la familia dando vueltas por la casa.

A modo de conclusión

A lo largo de este capítulo, hemos intentado explicar la diferencia entre el uso, el sobreuso y la adicción a los videojuegos y las tecnologías digitales. Hemos podido ver cómo el problema de la adicción no es sencillo. Al contrario, el mecanismo es muy complejo y se deben establecerse una serie de causas muy concretas para la conducta adictiva. Por lo tanto, no existe una relación directa entre adolescentes, comportamientos potencialmente adictivos (nuevas tecnologías, videojuegos, etc.) y la adicción. Sin embargo, es evidente que hablamos de un fenómeno que está generando una alarma creciente y que provoca consecuencias para el adolescente y su familia, lo que requiere un tratamiento especializado que tenga como objetivo recuperar los hábitos de vida saludables.

Hemos explicado los diferentes tipos de uso de las tecnologías digitales intentando desglosar en qué aspectos debemos fijarnos para saber cuándo se está produciendo una adicción, sus consecuencias y su tratamiento.

A nivel preventivo nos hemos centrado en lo que podemos hacer las familias desde casa para fomentar unos hábitos de vida saludables y una buena relación con los hijos pero es necesario que a nivel social también se tomen medidas preventivas. Para mejorar el bienestar mental de los niños, es importante adoptar un enfoque holístico y centrarse en otros factores que sabemos que tienen un impacto mayor que el tiempo de pantalla, como el funcionamiento familiar, las dinámicas sociales en la escuela y las condiciones socioeconómicas, a la vez que fomentar el uso moderado de la tecnología digital.

Referencias bibliográficas

- Beard, C. L., Haas, A. L., Wickham, R. E., & Stavropoulos, V. (2017). Age of initiation and internet gaming disorder: The role of self-esteem. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 20(6), 397-401.
- Beranuy, M., Carbonell, X., & Griffiths, M. D. (2013). A qualitative analysis of online gaming addicts in treatment. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(2), 149-161.
- Cao, F., & Su, L. (2007). Internet addiction among Chinese adolescents: prevalence and psychological features. *Child: care, health and development*, 33(3), 275-281.
- Carli, V., Durkee, T., Wasserman, D., Hadlaczky, G., Despalins, R., Kramarz, E., ... & Kaess, M. (2013). The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: a systematic review. *Psychopathology*, 46(1), 1-13.
- Gámez-Guadix, M. (2014). Depressive symptoms and problematic Internet use among adolescents: Analysis of the longitudinal relationships from the cognitive-behavioral model. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17(11), 714-719.
- Gámez-Guadix, M., Orue, I., & Calvete, E. (2013). Evaluation of the cognitive-behavioral model of generalized and problematic Internet use in Spanish adolescents.
- Kaess, M., Parzer, P., Brunner, R., Koenig, J., Durkee, T., Carli, V., Wasserman, C., Hoven, CW., Sarchiapone, M., Bobes, J., Cosman, D., Várník, A., Resch, F. I Wasserman, D. (2016). Pathological Internet Use Is on the Rise Among European Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 59(2):236-9.doi:10.1016/j.jadohealth.2016.04.009
- Karim, D.O. i Priya Chaudhri, Ph.d. (2012) Behavioral Addictions: An Overview. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(1), 5-17.
- Martín-Fernández, M., Matalí, J. L., García-Sánchez, S., Pardo, M., Lleras, M., & Castellano-Tejedor, C. (2016). Adolescentes con Trastorno por juego en Internet (IGD): perfiles y respuesta al tratamiento. *Adicciones*, 29(2), 125-133.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2019). *Informe sobre Adicciones comportamentales. Juego y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y adicciones en España EDADES y ESTUDES*. Madrid: Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social.
- Matalí-Costa, J., Serrano-Troncoso, E., Pardo, M., Villar, F., & San, L. (2014). Social Isolation and the "Sheltered" Profile in Adolescents with Internet Addiction. *J Child Adolesc Behav*, 2(139), 2.
- UNICEF (2017). *El estado mundial de la infancia 2017. NIÑOS EN UN MUNDO DIGITAL*. New York: División de comunicaciones de UNICEF.
- Wartberg, L., Kriston, L., Kramer, M., Schwedler, A., Lincoln, T. M., & Kammerl, R. (2017). Internet gaming disorder in early adolescence: Associations with parental and adolescent mental health. *European Psychiatry*, 43, 14-18.

4. ¿Por qué te haces daño? Introducción a la conducta autolesiva y a su abordaje para padres y educadores

Anna Sintes.

PhD. Psicóloga clínica. Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

Laura tiene dieciséis años. Vive con sus padres y una hermana mayor de dieciocho. Estudia 4º curso de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y antes practicaba gimnasia deportiva, pero lo tuvo que dejar hace dos años. Tenía un grupo de amigas muy estable, que formaban parte de su vida desde que empezaron P3 en la misma escuela donde terminó la primaria, pero desde 1º de la ESO, cuando cambió de centro escolar, le ha costado mantener un grupo estable, y ha tenido algunas dificultades con algunos compañeros de clase.



Laura no había tenido problemas para estudiar y sacar buenas notas. Nunca había alcanzado las "súpernotas" de su hermana mayor, que saca excelentes y matrículas, y es el orgullo de toda la familia, porque quiere estudiar medicina. Pero Laura se las arreglaba muy bien. No obstante, desde 2º de la ESO comenzó a tener dificultades con algunas asignaturas, por lo que tuvo que dejar las actividades extraescolares, incluyendo la gimnasia, y comenzó a acudir a clases de refuerzo.

Se siente muy triste por haber perdido el contacto con las chicas del equipo, y además, ha engordado un poco, y ahora se ve y se siente mal con su imagen corporal, pero no es capaz de hacer dieta, al contrario, a menudo merienda muchísimo, y con la sensación de que pierde el control de lo que ingiere, porque lo hace muy rápido y sin poder parar cuando ya está harta, pero lo cierto es que en un primer momento cree que le sirve para que le pase la ansiedad que tiene justo antes de ponerse a hacer los deberes, aunque a medio plazo la hace sentir culpable, y tampoco le “cura” la angustia.

No sabe qué quiere estudiar en el futuro. No sabe ni siquiera si quiere hacer bachillerato o estudiar un grado. Nunca ha tenido una vocación, como su hermana, pero algo habrá que hacer. Había pensado que le gusta el cine, pero la mayoría de escuelas de cine son privadas, y ahora que sus padres están en crisis económica, debido a la pandemia, y se pasan el día discutiendo por problemas de dinero, solo faltaría que ella dijera que quiere estudiar en una escuela privada.

Laura no tiene ninguna relación sentimental. Conoció a un chico en el instituto hace un año, que le gustaba bastante, pero el chico comenzó a salir con una de sus compañeras de clase, que es tan *crack* en los estudios como su hermana, y encima alta, delgada y muy popular, como una de esas influencers extranjeras que sigue en Instagram.

Hace unas semanas, Laura comenzó a sentirse muy angustiada por todo. Ante cualquier cosa reacciona de forma hostil. Se siente irritable y habla mal a su familia, lo que ha provocado que note a sus padres como si estuvieran en su contra. No paran de preguntarle qué quiere estudiar el próximo año, y pedirle que espabile con las notas, y aproveche el refuerzo que le están pagando.

Además, en clase no tiene nadie con quien desahogarse ni con quien compartir sus sentimientos. A Laura le gustaría ser diferente, por lo menos más delgada, y ser más popular... pero la ansiedad la hace comer aún más. Ha comenzado a dormir muy mal. Tarda en dormirse, y a menudo se despierta muy pronto, y no puede volver a dormir.

El otro día, después de una discusión con los padres, se encerró en su habitación, y experimentó una especie de crisis. Se notó que se ahogaba, que tenía una presión en el pecho insostenible, que no podía pensar, y se miraba en el espejo y ni siquiera se reconocía. Cogió un cúter que tenía en el escritorio, y se hizo cortes en los antebrazos.

Unos días más tarde, hablando con la orientadora del instituto, le comentaba que no sabía si lo había hecho porque lo había visto en alguna serie, que una chica lo hacía y le iba bien para relajarse, o la conducta le salió sola, de forma espontánea.

Se sintió relajada en un primer momento, pero luego se sintió muy culpable, y también avergonzada, y un poco temerosa de que eso le fuera a más, así que le “confesó” a una de las compañeras de clase con las que tiene más confianza, y ésta le dijo a Gloria, la psicopedagoga del instituto, que hace de orientadora.

Gloria ha pedido a Laura que lo explique a sus padres, le ha recomendado algunas lecturas terapéuticas y le ha ofrecido consejo durante unas semanas, pero le ha comentado a que si su estado no mejora en unas semanas, tal vez tendrá que pedirle hora con la psicóloga del CAP, para que valore si necesita una atención más especializada, con un profesional de la psicología clínica.

Gloria también está manteniendo unas sesiones de asesoramiento con la tutora de Laura, pues por la clase se ha esparcido la información, y hay otra chica que también lo ha hecho. La maestra está asustada, y algunos padres también.

¿Qué entendemos por autolesión no suicida y en qué contexto la observamos?

La autolesión no suicida (ANS) es una destrucción directa y deliberada de la propia superficie corporal, sin intencionalidad letal. Por lo tanto, implica un daño corporal autoinfligido, sin intención de provocarse la muerte.

Actualmente la ANS está recibiendo mucho interés por parte de periodistas, científicos, maestros y educadores, padres y madres, etc., en parte por el incremento en la incidencia de estas conductas por parte de jóvenes y adolescentes, y por la preocupación y angustia que la conducta genera en las personas que rodean a estos jóvenes y adolescentes.

Si bien la ANS no es un trastorno psiquiátrico, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), en su quinta versión (APA, 2013) lo ha incluido como un diagnóstico que requiere más estudio.

La definición del concepto ha ido cambiando a lo largo de las últimas décadas, lo que hace que algunos de los estudios publicados no sean del todo comparables, pues parten de una conceptualización diferente, y esto conlleva problemas metodológicos.

Actualmente, la mayoría de estudios ya se realizan con la definición propuesta por la última versión del DSM, que diferencia claramente las autolesiones no suicidas de otros tipos de conductas perjudiciales para la salud y de otras



La autolesión no suicida implica un daño corporal autoinfligido sin intención de provocar la muerte.

conductas que implican cierta intencionalidad suicida. Se considera que esta definición más precisa y específica mejorará la comparabilidad entre estudios y así el conocimiento que tenemos del trastorno.

En el DSM 5 se define las autolesiones no suicidas en base a los siguientes seis criterios: (adaptado de DSM 5, Psychiatric, 2013).

A. En el último año, el individuo se ha ocasionado, durante cinco o más días, daños intencionados a sí mismo en la superficie de su cuerpo, que probablemente induzca sangrado, contusión o dolor (por ejemplo, cortar, quemar, apuñalar, golpear, frotar excesivamente), con la expectativa de que la lesión solo conllevará daños físicos leves o moderados (es decir, que no hay ninguna intención suicida).

B. El individuo se comporta en un comportamiento autolesivo con una o más de las siguientes expectativas:

1. Obtener alivio de un sentimiento negativo o de un estado cognitivo.
2. Resolver una dificultad interpersonal.
3. Inducir un estado de sensación positiva.

C. La autolesión intencionada está asociada por lo menos a uno de los siguientes criterios:

1. Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como depresión, ansiedad, tensión, ira, angustia generalizada o autocrítica, que se produce en el período inmediatamente anterior al acto de autolesión.
2. Antes de iniciarse en el acto, debe producirse un período de preocupación por el comportamiento previsto que es difícil de controlar.
3. Pensar en la autolesión que se produce con frecuencia, incluso si no se actúa.

D. El comportamiento no está sancionado socialmente (por ejemplo, piercing corporal, tatuaje, parte de un ritual religioso o cultural) y no se restringe a rascarse una costra o a morderse las uñas).

E. El comportamiento o sus consecuencias provocan molestias o interferencias clínicamente significativas en funciones interpersonales, académicas u otras funciones importantes.

F. El comportamiento no se produce exclusivamente en episodios psicóticos, delirio, intoxicación de sustancias o retirada de sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo, la conducta no forma parte de un patrón de estereotipias repetitivas. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental o condición médica (por ejemplo, trastor-

no psicótico, trastorno del espectro autista (TEA), discapacidad intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno de movimiento estereotipado con autolesión, tricotilomanía [trastorno de arrancarse el cabello], excoriación [trastorno de rascarse la piel]).

En el campo de la psiquiatría y la psicología clínica, la ANS tradicionalmente ha sido considerada una conducta asociada a un trastorno mental grave, como la esquizofrenia, el síndrome de Tourette, la discapacidad intelectual grave, o síndromes neurológicos graves. También tradicionalmente las ANS han sido un síntoma más en el trastorno límite de la personalidad (TLP), siendo uno de los criterios diagnósticos establecidos.

En estos trastornos, las conductas autolesivas han sido entendidas como un tipo de conducta orientada a disminuir la ansiedad (ya sea realizadas de forma consciente o inconsciente por parte de los niños o adolescentes) o bien como una forma de autoestimularse de que se observa en estos casos de trastorno mental grave.

Actualmente la ANS sigue observándose en enfermedades mentales graves, y su prevalencia no ha cambiado en estos casos, pero lo que es una novedad es observarla en chicos y chicas de la población general, es decir, en chicos y chicas sin patologías psiquiátricas establecidas. Esto no significa, sin embargo, que los jóvenes que realizan estas conductas no tengan ningún malestar o dificultades psicológicas significativas, sino lo contrario.



La prevalencia de ANS en enfermedades mentales graves se mantiene constante, lo que es una novedad es su aumento en población adolescente general.



¿Cuántos adolescentes sin ningún trastorno psiquiátrico se autolesionan?

Históricamente se consideraba un problema poco frecuente, pero las últimas décadas se ha observado un incremento en jóvenes y adolescentes, sin trastorno psiquiátrico. Cuando se publicaron los primeros artículos científicos sobre el tema (principios de los años ochenta) informaban de una prevalencia del 0,4 % (porcentaje de casos en una población) (Pattison EM, 1983), pero los estudios actuales a nivel internacional observan prevalencias muy superiores.

Así, en estudios publicados en los últimos diez años, se han descrito prevalencias de 17 % en China, 18 % en la India, 20 % en Nueva Zelanda, 21,7 % en Finlandia, 17,1 % en Suecia, 30,7 % en Bélgica, 25,6 % en Alemania, 23,2 % en Estados Unidos, o bien 11,4 % en Cataluña, por poner algunos ejemplos, aunque en diferentes estudios los datos son bastante heterogéneos en función de los instrumentos de recogida de datos, o el tipo de prevalencia que se estudie (prevalencia vital o en el último año).

En general, podríamos considerar que se considera en todo el mundo que entre un 13 y 45 % de los adolescentes se han autolesionado alguna vez en su vida y en Europa se habla de una prevalencia vital del 27,6 %. En España se dispone de muy pocos datos en menores de dieciocho años, pero los datos son similares a los europeos.

Por lo tanto, los datos procedentes de la investigación epidemiológica nos permiten afirmar que es un fenómeno que se ha incrementado en los últimos años y que traspasa las barreras de la patología mental grave y se extiende entre los adolescentes y jóvenes de la población general en todos los países y culturas.

Las autolesiones entre los adolescentes con algún tipo de problema de salud mental

Cuando se estudian adolescentes con algún tipo de trastorno psiquiátrico o psicológico, la incidencia de las ANS es mucho más elevada por varios motivos

En primer lugar, esta conducta puede ser un síntoma más dentro de un trastorno mental que curse con otros síntomas, además de las autolesiones, pero en el que las autolesiones sean un síntoma inherente al mismo y, por lo tanto, muy relevante para el diagnóstico y el tratamiento. Este es el caso del TLP.

El TLP es un trastorno de la personalidad que se define por un patrón de pensamiento, emociones y conductas disfuncionales debido a diversas alteraciones relacionadas con la inestabilidad anímica, la impulsividad, problemas con la propia identidad, etc. y también la propensión a realizar ANS.

En segundo lugar, las ANS también pueden observarse en adolescentes con otros trastornos (además del TLP) como un síntoma acompañante, que puede asociarse a este trastorno, o bien no darse.

En estos casos se ha observado que en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), con trastornos depresivos o de ansiedad, etc., la conducta autolesiva se presenta de forma ocasional o puntual (no siempre) y se produce de diferentes maneras, cumpliendo diferentes funciones en el afrontamiento de las dificultades del chico o chica (como mecanismo para reducir la ansiedad, para expresar socialmente el malestar, etc.).

Y, por último, otro motivo que podría explicar la elevada incidencia de las ANS en población clínica es el contagio.

Un hecho inevitable entre los adolescentes con patología psiquiátrica, sea cual sea, es el ingreso en dispositivos asistenciales especializados (unidades de hospitalización, hospitales de día, etc.). Este hecho tiene ventajas demostradas como son el acceso a un tratamiento y profesionales especializados, beneficios de los tratamientos grupales con otros adolescentes que tienen los mismos problemas, entre otros. Pero también tiene el mencionado inconveniente del posible contagio de estas y otras conductas patológicas.

El ANS en este contexto se considera un síntoma que se da en algunas patologías como son el TLP, los TCA y los trastornos afectivos entre otros.



La conducta autolesiva suele iniciarse entre los once y los trece años.

¿A qué edad se inicia el problema y qué evolución se observa?

Se dispone de muy pocos datos sobre la incidencia y prevalencia de las ANS antes de los doce años, pero sí sabemos por estudios recientes que esta conducta suele iniciarse entre los once y los trece años.

Este dato se explica por el hecho de que los adolescentes son una población de gran vulnerabilidad para incurrir en ANS, sobre todo por la elevada impulsividad y reactividad emocional que caracteriza esta etapa vital.

¿Qué tipo de adolescentes podrían ser especialmente proclives? Factores de riesgo



Adolescentes con rasgos de personalidad disfuncionales y con elevada reactividad emocional, tienen más riesgo de sufrir ANS.

Se han identificado algunas variables psicológicas que, cuando están presentes, son factores de riesgo para el desarrollo de ANS.

Unas de estas variables son los rasgos de personalidad disfuncionales, y concretamente las personalidades de tipo inestable, con elevada reactividad emocional, con tendencia a las conductas impulsivas, o con tendencia a desarrollar puntos de vista excesivamente subjetivos y/o egocéntricos, etc.

Los rasgos de personalidad disfuncionales, en general, hacen referencia a un patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía de forma notable de las expectativas culturales del individuo. Este patrón, además, según el DSM, se manifiesta en dos o más de los siguientes ámbitos:

1. Cognición (modo de percibirse o interpretarse a uno mismo, a otras personas o a los eventos).
2. Afectividad (amplitud, intensidad, labilidad e idoneidad de la respuesta emocional).
3. Funcionamiento interpersonal (manera de relacionarse con otros).
4. Control de los impulsos.

Por otra parte, hay que añadir que, para que unos determinados rasgos de personalidad sean disfuncionales (alterados), es necesario que este patrón de pensamiento, emoción y conducta sea inflexible y dominante en situaciones personales y sociales, es necesario que cause un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral (académico) o en otras áreas importantes de la vida, y que este patrón se inicie en la adolescencia o primeras etapas de la vida adulta.

También es necesario que este patrón no se explique por la presencia de otro trastorno mental (esquizofrenia, etc.) ni esté causado por los efectos de una sustancia (droga, medicamento, etc.) o por una causa médica (traumatismo craneoencefálico, por ejemplo).

En cuanto a los trastornos de personalidad del clúster B⁴, nos referimos a los de tipo antisocial, límite, histriónico y/o narcisista, que, como se mencionaba previamente, se caracterizan por la inestabilidad anímica, la reactividad emocional, la impulsividad, el egocentrismo, las dificultades para empatizar y la excesiva necesidad de afecto, entre otros.

Estos cuatro tipos de trastornos de la personalidad pueden ser difíciles de diagnosticar en la adolescencia, porque las características de la personalidad adolescente "normal", a menudo tiene componentes que podrían parecer los de estos tipos de trastornos de personalidad.

4. Hay tres clústeres: el A, el B y el C, y cada clúster, que está marcado por unas características diferentes, agrupa unos trastornos.



Por ejemplo, forma parte de la personalidad adolescente cierta inestabilidad afectiva, la elevada reactividad a los acontecimientos del entorno, sobre todo los de tipo interpersonal, la tendencia a presentar dificultades para controlar algunas conductas impulsivas, etc. Una evaluación clínica puede ser necesaria, en algunos casos, para determinar qué conductas o dificultades personales forman parte de la adolescencia normal, cuáles de la adolescencia normal pero con algunos problemas que pueden requerir de ayuda más o menos especializada, y cuáles se escapan de lo que sería una adolescencia normal y habría que considerarlas conductas con relevancia clínica, y que habría que abordar por parte de un profesional de la salud mental.

La cuestión del género

Tradicionalmente la autolesión se ha considerado un fenómeno predominantemente femenino. Hay muchos estudios sobre prevalencia e incidencia que avalan esta consideración. No obstante, también hay estudios recientes que matizan las procedentes de estudios más antiguos, y algunas investigaciones señalan diferencias menores en la incidencia según el sexo/género.

Otro aspecto relacionado con el género, que también está demostrado, es el uso de métodos diferentes para realizar las autolesiones no suicidas en chicos y en chicas. Mientras que las chicas son más propensas a cortarse, rascarse, y utilizar métodos que implican el sangrado, los chicos son más propensos a golpearse y quemarse.

La influencia del ambiente. Las experiencias vitales adversas

Uno de los hechos que está también bastante contrastado es la elevada incidencia, entre los chicos y chicas que se autolesionan, de experiencias que implican acoso escolar, maltrato o abuso durante la niñez.

Los estudios que muestran esta asociación, sin embargo, indican que hay un riesgo compartido entre ambos factores (ANS y abuso), aunque no quiere decir que el abuso sea la causa de la conducta autolesiva.

¿Por qué se autolesionan los jóvenes que lo hacen?

Uno de los aspectos más relevantes para los profesionales que estudian el fenómeno, así como para los maestros y padres, es saber qué sentido o motivación tiene el adolescente cuando realiza esta conducta. Varios autores han abordado el estudio de la funcionalidad de estas conductas, es decir, de la función que la conducta cumple en el funcionamiento psíquico y social del adolescente.

Como todas las conductas humanas que se mantienen a lo largo del tiempo, o que, incluso, tienden a aumentar, está claro que alguna función reforzante (o útil, o eficaz) cumple la conducta en el funcionamiento de la persona, porque si no se repetirían como lo hacen. Por lo tanto, los jóvenes que se autolesionan obtienen algo "positivo" para ellos cuando lo hacen. El problema es que este supuesto "beneficio" es a corto plazo (a medio y largo plazo no hay beneficio) y conlleva riesgos para la salud, la calidad de las relaciones, etc.

Algunos de los autores que más han estudiado la funcionalidad de las ANS son Nock y Klonsky. Estos autores han observado que las ANS cumplirían dos tipos de funciones, unas que se relacionan con motivaciones intrapersonales (más individuales) y otras que son de tipo más interpersonales (o sociales).

En cada uno de estos dos tipos habría funciones diferentes. Los autores proponen, entre las intrapersonales, la reducción de algún estado interno (emoción, pensamiento) que la persona experimenta como negativo. Por ejemplo, algunos adolescentes se autolesionan para reducir la sensación de vacío que experimentan,

o un estado de ansiedad intensa. A veces, intentan detener la recurrencia de pensamientos negativos.

Entre las funciones interpersonales, los autores mencionados describen la posibilidad de evitar situaciones interpersonales desagradables, u obtener atención, afecto, o aprobación por parte del entorno social.

Este tipo de funciones, de tipo más sociales, son las que a menudo generan más problemas en los ámbitos escolares y familiares, pues para los adolescentes para los que las ANS cumplen funciones de este tipo, la respuesta del medio social en su conducta influye mucho en su evolución y pronóstico.

Además, cuando la función interpersonal predomina, se pueden producir fenómenos de contagio, imitación, influencia, que en el ámbito escolar es un reto para educadores y orientadores.

Orientación para padres y madres

¿Cómo puedo saber si mi hijo o hija se autolesiona?

Hay algunas señales que nos pueden ayudar a saberlo. Serían las siguientes:

- Comportamiento distante o evitador respecto la expresión de sentimientos o emociones.
- Presencia de cortes, quemaduras o morados en brazos y/o piernas.
- Encontrar escondidos cuchillas de afeitar, cuchillos u otros objetos que pueden ser utilizados para autolesionarse.
- Notar que lleva ropa que no se adecua al clima (como mangas largas en verano) para ocultar cicatrices, heridas o morados.

¿Cuáles son las reacciones más frecuentes en padres y madres? ¿Cómo puedo esperar sentirme?

Cuando los padres se dan cuenta que el adolescente se autolesiona, a menudo se sienten angustiados, y se preguntan por los motivos. En este punto, es necesario que tengan presente que casi siempre los chicos y chicas lo pasan muy mal, y que la conducta implica dificultades para gestionar sus propios sentimientos.

En lugar de afrontar una emoción intensa (como la tristeza o la rabia), utilizan la autolesión para intentar reducir, gestionar o escapar de estos sentimientos, de forma que pueden sentir alivio después de autolesionarse, y esto puede hacer que en un futuro utilicen la misma estrategia para gestionar las emociones difíciles.



Algunas señales de alarma ante un chico que presenta ANS pueden ser comportamientos distantes, presencia de heridas o notar que lleva ropa para ocultar partes del cuerpo.

Como padre/madre de una persona que se autolesiona puede ser difícil entender que la autolesión pueda ayudar, y puede ser difícil de aceptarlo, pero es importante entender que las personas que se autolesionan sienten alivio después de hacerlo y esto contribuye al deseo de volverlo a hacer.

Puede que tú como padre o madre experimentes alguna de las siguientes reacciones:

- Estar en choque, negarlo
- Rabia y frustración
- Confusión y preocupación
- Tristeza
- Culpa



Todas estas reacciones pueden ser normales. Algunos de estos sentimientos es mejor no compartirlos con el chico o chica, por lo menos en el momento en el que son extremadamente intensos y/o cuando el hijo o hija está en crisis.

Sin embargo, hablar con el hijo/a es necesario y ayuda a encontrar la mejor manera de abordar el problema y se debería poder hacer lo antes posible. Algunas orientaciones para hacerlo serían:

- Para hablar con el chico/a que se autolesiona es importante elegir un buen momento. Es mejor hablar de forma privada, en un espacio en el que te sientas cómodo y tranquilo.
- Es aconsejable explicar al chico/a que su conducta le genera mucha preocupación.
- Es importante que cuides tus emociones. Si estás muy enfadado/a puede no ser un buen momento para tener una conversación. Es importante que la conversación se produzca cuando estés más tranquilo/a.
- Comienza hablando a tu hijo/a sobre por qué estás preocupado/a y por qué crees que se puede estar lesionando a sí mismo.
- Trata de no discutir, acusar o amenazar (por ejemplo con ultimátums). Puede ser buena idea asegurarle que no será castigado/a por autolesionarse
- Si tu hijo/a es receptivo a la conversación, haz preguntas sobre autolesión. Puedes plantear preguntas como: "¿Cómo te sientes antes de autolesionarte?", "¿Cómo te sientes después?", "¿Hay algo que esté preocupándote ahora, en la que yo pueda ayudarte?".
- Obtener ayuda profesional es muy importante, no puedes tratar la autolesión por ti mismo/a. Puedes hablar con tu médico de familia, o un profesional de la salud mental como un psicólogo clínico.
- Si tu hijo/a rechaza hablar sobre el tema, ten paciencia. Puede ser difícil al principio. Repítele tus preocupaciones y explícale que intentarás mantener la conversación en otro momento. Cuando lo hagas intenta seguir estos consejos de nuevo.



Como padres es importante que habléis con vuestro hijo/a para abordar el problema y seguir algunas orientaciones que le ayudarán a gestionar la situación.

¿Cómo puedo ayudar al adolescente?

Aprender sobre la autolesión es importante. Habitualmente, cuanto más sabemos sobre un tema, más podemos ayudar en el proceso de recuperación, pero no conviene que los padres adopten una postura de expertos, y se acerquen al adolescente como si fueran un profesional, o de manera muy técnica.

A continuación compartimos algunas páginas web en las que hay información útil y fiable, y pueden ayudar a los padres a informarse.

- La web del equipo GRETA (www.answers.cat), en la que hay desarrollados algunos de los contenidos que se comentan en este capítulo.
- Además, hay otras webs a nivel internacional como la web de la organización sin ánimo de lucro Helpguide (www.helpguide.org/articles/anxiety/cutting-and-self-harm) que ofrece información psicoeducativa y recursos de apoyo sobre diferentes problemas de salud mental, entre ellos las autolesiones no suicidas.

- Por otra parte, el sistema nacional de salud del Reino Unido dispone de una web de apoyo para jóvenes con problemas de salud mental, y en ella se pueden encontrar recursos y una guía (en inglés) para padres de jóvenes que se autolesionan (www.youngminds.org.uk/find-help/for-parents/parents-guide-to-support-az/parents-guide-to-support-self-harm).

A continuación se comparten maneras de ayudar al hijo adolescente:

Afrontar. No conviene ignorar el problema, porque a menudo es señal de malestar emocional, y podría indicarnos que hay problemas psicológicos que hay que identificar y abordar. Cuando escuchéis a vuestro hijo/a hay que intentar no simplificar el problema o sugerir un punto de vista positivo, o bien una solución rápida y fácil, como si el problema fuera menos importante de lo que es. Una respuesta así podría hacer pensar a vuestro hijo/a que no se le está escuchando, o que no se le da suficiente importancia, y esto podría empeorar su malestar emocional. Por lo tanto, necesitamos escuchar sin sancionar, juzgar, corregir, solucionar el problema rápida y fácilmente, y transmitir el mensaje de que solo estamos confirmando lo que estamos escuchando.

Valorar el riesgo. Si valoras que tu hijo/a puede estar en riesgo inmediato (por ejemplo que tiene pensamientos suicidas), hay que llevarlo a la consulta de un profesional de la salud mental, para que valore el riesgo. En ocasiones esto puede implicar acudir a urgencias, pero en otros casos puede haber un profesional más cercano, ya conocido, que lo pueda hacer. En todo caso, siempre hay que animarle a pedir y aceptar ayuda profesional.

Durante el tratamiento. Hay tratamientos que están validados y tienen componentes específicos dirigidos al tratamiento de la conducta autolesiva, como la terapia dialéctica conductual o la terapia de mentalización. Además, hay tratamientos que también han mostrado eficacia para este tipo de conductas y para los problemas psicológicos asociados a las mismas, como la terapia cognitivo-conductual. En cuanto al tratamiento, hay que dejarse orientar por un profesional de la salud mental, tanto por la elección de la modalidad de intervención más adecuada, en caso de que sea necesaria la intervención de un clínico, como su aplicación.

Sé paciente. En un proceso de recuperación siempre hay contratiempos. Esto es normal, pues el tratamiento requiere tiempo. Recuerda mantener una buena comunicación con él/ella durante todo el proceso de tratamiento y ten cuidado de ti mismo/a. Cuanto mejor estés, mejor le ayudarás.

Si tu hijo/a es menor (< dieciocho años):

- Es importante que no le/la castigues por autolesionarse. Necesita apoyo para dejar de hacerlo y puede que no lo haga inmediatamente o fácilmente. Castigarle/a o amenazarle/a, a menudo conlleva que el comportamiento autolesivo se realice a escondidas.

- Puedes forzar tu hijo/a a seguir un tratamiento. No obstante, los resultados son siempre mejores si está motivado a para buscar tratamiento. Intenta que participe en este proceso.

Si tu hijo/a es adulto (> dieciocho años):

- Si tu hijo/a vive fuera, puede que quieras que venga a casa. Puedes pensar que así podrás controlarlo/a más de cerca. Sin embargo, esto no siempre funciona y no significa que porque venga a casa mejorará. Intenta pactarlo con él/ella.
- Puede ser muy frustrante para ti si tu hijo/a adulto no quiere recibir ayuda profesional. No puedes obligarle/a hacer terapia (a menos que su comportamiento amenace su vida). Tienes que ser consciente de que no puedes controlarlo, pero intenta que esto no se convierta en el centro de vuestra relación y perjudique su comunicación.

Si tu alumno se autolesiona

Entender por qué lo hace

Como hemos mencionado antes, los adolescentes que se autolesionan, a menudo tienen dificultades para gestionar sentimientos y emociones intensas, y utilizan esta conducta para reducir o escapar de estas emociones. El reforzamiento que implica esta reducción del malestar puede llevarles a repetir la conducta, aunque les suponga consecuencias negativas a más medio o largo plazo.

Para maestros, educadores u otros profesionales del ámbito educativo, la autolesión puede ser un problema difícil de afrontar. Por ello, es necesario que tengan herramientas para identificar los posibles casos, y para responder de modo efectivo.

A menudo hay una aproximación sistemática y a nivel de equipo. Es recomendable que los centros educativos dispongan de un protocolo de respuesta en el que se concrete la forma de actuar, de modo general, si bien cada caso es único, y es necesario que los protocolos sean flexibles e individualizados. Los puntos claves que debería incluir un protocolo de actuación ante un alumno que se autolesiona serían los siguientes (adaptado del material de trabajo del Grupo GRETA):

- A. Cómo identificar las autolesiones.
- B. Cómo, cuándo y quién debe evaluar el caso.
- C. Roles y funciones de los profesionales.
- D. Cuándo y cómo se debe contactar con los padres o con algún profesional externo.
- E. Normas y guías para evaluar el riesgo.

A. Identificación:

En cuanto a la identificación de la ANS, ésta puede ser complicada, porque muchos adolescentes esconden la conducta, lo hacen “en secreto”.

Es probable que el chico/a que se hace ANS lo hable con un amigo/a o con una pareja, antes que con un adulto. Esto puede hacer que el joven depositario de esta información se sienta inseguro, angustiado o ambivalente respecto a cómo debe actuar (si revelarlo a un adulto o no, por ejemplo). También puede que se sienta en la necesidad de ayudar a su compañero/a que se autolesiona, y asuma más responsabilidad de la que sería adecuado.

Es muy importante que los profesores, educadores, y el resto de profesionales de los centros educativos conozcan la elevada prevalencia de la autolesión en los jóvenes, así como los métodos más habituales y los motivos por los que las personas recurren a la autolesión.

Recibir formación específica puede ser útil para poder abordar este problema si aparece. En concreto, el personal deberá estar pendiente de los factores de riesgo o señales de alarma por autolesión, si bien es importante destacar que tanto los factores de riesgo como los de alarma son de utilidad para poder iniciar una evaluación del caso, pero su presencia no implica necesariamente que esa persona se autolesione.

Tabla 3. Factores de riesgo de alarma y señales de alarma ante jóvenes que experimentan ANS.

Fuente: adaptación del material publicado en la web del Grupo GRETA. www.answers.cat

Factores de riesgo	Señales de alarma
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades en la regulación emocional • Dificultades interpersonales • Ideas de suicidio 	<ul style="list-style-type: none"> • Cortes injustificados, quemaduras, rozaduras o golpes. • Llevar ropa inadecuada (por ejemplo manga larga en verano) o negarse a realizar actividades que impliquen cambiarse de ropa (por ejemplo gimnasia, natación). • Uso habitual de vendajes. • Verbalización de ideas relacionadas con la autolesión (por ejemplo en clase, dibujos, conversaciones con compañeros). • Necesidad frecuente de privacidad. • Llevar objetos cortantes (cuchillas de afeitar, trozos de vidrio,...).

B. Evaluación del caso:

El protocolo debería contemplar cuándo y cómo los profesionales deberían reportar la sospecha de que un estudiante está autolesionándose, y a quién debería reportar esta sospecha. En el caso de estar seguro de que un estudiante se autolesiona, la primera respuesta es muy importante, ya que puede condicionar que éste quiera hablar sobre la autolesión y que acepte pedir ayuda.

Algunos estudios sugieren que los profesionales del ámbito de la educación suelen experimentar emociones desagradables (como ira, preocupación, frustración, o repulsión) cuando se encuentran con un joven que se autolesiona. Es importante ser consciente de estas emociones, y controlar la reacción, ya que podrían tener un impacto negativo en el joven. Hay que considerar que el joven que se autolesiona es probable que haya sufrido antes juicios y estigma sobre el hecho de autolesionarse. Algunas conductas que pueden ayudar a aumentar la probabilidad de que el estudiante pida ayuda, y que por tanto, convendría hacer, son: adoptar una actitud tranquila a la hora de hablar con el joven, y verbalizar que hay personas que se preocupan por él/ella, que no está solo/a y que, además, hay otras personas que también se autolesionan y que han podido dejar de hacerlo.

También conviene recordar al adolescente que la autolesión es una estrategia para afrontar el dolor emocional y que, por lo tanto, sabemos que está sufriendo. Es muy útil, cuando se habla con adolescentes utilizar sus propias palabras, su forma de referirse a la conducta (“me corto”, “me hago daño”), evitando tecnicismos. También cabe mencionar el uso de las estrategias básicas para una buena comunicación, como son la de mirar a los ojos, mostrar interés mediante la comunicación verbal y la no verbal, respetar los silencios, etc. Es importante que la comunicación sea no juiciosa, es decir, que el joven no se sienta valorado de forma negativa, y que no sienta que se le está etiquetando por incurrir en ANS.

Además, también existen unas pautas generales respecto a lo que deberíamos evitar hacer (en la medida de lo posible). Así, el personal educativo no debería mostrarse nervioso o inseguro. No debería mostrar rechazo respecto a lo que el joven está haciendo, no debería amenazar, dar ultimátums para que deje de hacerlo. Tampoco convendría centrarse solo en los detalles de la autolesión (método o frecuencia), si bien son cuestiones relevantes.

Otra orientación para maestros o educadores sería la de no hablar sobre la autolesión de aquel estudiante delante de la clase o de sus compañeros, o iniciar un debate sobre el tema, o hablar de la cuestión en clase. Las repercusiones de una iniciativa como ésta pueden ser imprevisibles y/o difíciles de controlar.



Como maestros, es necesario que conozcáis las herramientas para identificar los posibles casos y saber cómo responder de modo efectivo ante un adolescente que se autolesiona.



Es necesario que el centro educativo tenga disponible un protocolo sobre cómo actuar y qué roles deben tomar los distintos profesionales.

Uno de los aspectos más problemáticos de manejar en los grupos, y en las aulas en concreto, es el contagio social. El contagio social se refiere a como una conducta, como la autolesión, puede propagarse entre los miembros de un grupo. Podríamos identificarlo cuando, por ejemplo, hay dos casos en el mismo grupo en un espacio de veinte y cuatro horas, o un número significativo de casos dentro de un mismo grupo, como una clase.

En el centro educativo, el contagio social puede aparecer cuando existe algún caso de autolesión. Para prevenirlo se recomienda limitar la información que reciben los estudiantes sobre un caso en particular. Por ejemplo, puede ser útil hablar con la persona que se ha autolesionado para que se comprometa a no compartir esta información con sus compañeros, o evitar que pueda haber heridas visibles.

Por otra parte, sí que sería recomendable proporcionar a los estudiantes información y recursos sobre la autolesión, en un contexto más amplio del aprendizaje de habilidades de regulación emocional (sin relacionarlo con el joven identificado).

Es aconsejable que los miembros del equipo fomenten la demanda de ayuda por parte de todos los alumnos y que les animen a hablar con alguno de los miembros del profesorado o personal del centro si experimentan malestar. Es importante insistir en que esto debe hacerse con todos los alumnos y no solo asociado a las autolesiones; de lo contrario podríamos estigmatizar a aquellos estudiantes que se autolesionan.

Aunque los profesionales del centro deben tener información detallada sobre las autolesiones (tipo, métodos, función), hay que evitar estos detalles a los estudiantes. Esta información podría ser mal utilizada (“descubrir” utilizar nuevos métodos, o autolesionarse en otras partes del cuerpo).

Por último, si se detecta un caso de autolesión en el centro, no se recomienda abordarlo en dinámicas de tipo grupal (por ejemplo asambleas en clase, reuniones con otros alumnos, etc.). Habrá que hacerlo individualmente.

C. Roles y funciones de los profesionales

Para clarificar qué deben hacer los diferentes profesionales implicados, el protocolo de actuación debería incluir una explicación de los roles de cada persona implicada en el manejo del estudiante que está autolesionándose. En este punto, será especialmente importante la existencia de un equipo de crisis.

Este equipo puede estar formado por diferentes profesionales (docentes, enfermería, psicología, gestores). Preferiblemente, por las tareas que desarrollan en el centro, estos profesionales podrán identificar los posibles casos de autolesión. Sería aconsejable que este equipo recibiera formación específica por parte de los profesionales de la salud mental.

En la siguiente lista se muestran las principales responsabilidades del equipo de salud mental (adaptación del material publicado en la web del Grupo GRETA. www.answers.cat):

- Elaborar el protocolo de actuación ante la autolesión del centro.
- Responder ante cualquier sospecha o caso de autolesión, guiar y proporcionar apoyo al resto de profesionales del centro.
- Hablar con el estudiante. Asegurarse de que pueda ser atendido por enfermería si existe alguna herida.
- Asegurarse de que se evalúa el posible riesgo de suicidio.
- Actuar como un enlace entre el estudiante, los padres o tutores, el profesorado y el personal del centro, los compañeros, y posibles profesionales externos (por ejemplo médico de familia, psicólogo clínico, psiquiatra).
- Establecer una relación de confianza con el estudiante, que pueda ayudarle a superar su problema.

D. Informar a padres o contactar con algún profesional externo

En general, conviene comprometerse con el estudiante que no se comunicará a nadie su problema de autolesión, pero también hay que tener el apoyo del resto del equipo de crisis, de los padres y quizás es necesaria la intervención de algún profesional de la salud mental. Por lo tanto, habrá que animar al estudiante a que sea él mismo quien contacte con sus padres, y les explique el problema.

Una opción puede ser acordar una reunión con los padres y el alumno para poder hablar del problema. En esta reunión puede ser de ayuda proporcionar información sobre los recursos de salud mental a los que pueden acceder, así como de páginas web en la que pueden encontrar información sobre la autolesión.

E. Normas y guías para evaluar el riesgo

Es importante que el protocolo contemple la evaluación del riesgo, y en concreto, del riesgo de suicidio. Aunque la autolesión no es sinónimo de suicidio, es importante recordar que estas dos entidades pueden estar relacionadas. Puede ser difícil valorar el riesgo en el ámbito académico. Algunos puntos que se pueden considerar serían los siguientes (ver tabla 4):



En algunos casos será necesaria la ayuda de un especialista en psicología clínica para ayudar al adolescente que se autolesiona.

Tabla 4. Valoración de los riesgos a considerar ante ANS.

Fuente: adaptación del material publicado en la web del Grupo GRETA. www.answers.cat.

Valoración de los riesgos

Riesgo bajo:

- Frecuencia baja (pocos episodios a lo largo de la vida).
- Métodos con poca capacidad de causar daño físico (por ejemplo rascarse, pellizcarse).
- Utilización de uno o dos métodos.

() Valorar este nivel de riesgo en el momento actual no implica que no se tenga que tomar muy en serio el caso. En comparación con las personas que no se autolesionan, las que sí lo hacen (aunque sea con un riesgo bajo), pueden escalar en el riesgo (autolesionándose cada vez más o de manera más severa) y presentan más ideas de suicidio.*

Riesgo moderado:

- Frecuencia baja (pocos episodios a lo largo de la vida).
- Métodos capaces de causar daño físico (por ejemplo, clavarse objetos afilados, golpearse).
- Uso de más de dos métodos de autolesión diferentes.

() Las personas que presentan un riesgo moderado muestran un mayor riesgo de suicidio que el grupo anterior, y también pueden presentar otros problemas de salud mental.*

Riesgo alto:

- Frecuencia alta (más de cinco episodios en el último año; más de diez episodios a lo largo de la vida).
- Métodos capaces de causar daño físico importante (por ejemplo cortarse, quemarse).
- Uso de más de dos métodos de autolesión diferentes.

() Las personas que presentan un riesgo alto, pueden mostrar también un riesgo alto de suicidio, y también pueden presentar otros problemas de salud mental.*

Tratamientos

A pesar de que en muchos casos la conducta autolesiva puede ser gestionada en el ámbito de la familia, la escuela, con ayuda de profesionales de atención primaria o no especializada a nivel clínico, en algunos casos, cuando la conducta se acompaña o es un síntoma más de otras alteraciones a nivel psicológico, puede ser necesario solicitar la ayuda de un especialista en psicología clínica.

En estos casos, es conveniente dejarse ayudar por un profesional que aplique las terapias que han mostrado mayor eficacia para estos tipos de problemas.

La psicoterapia puede ayudar a identificar e intervenir sobre los problemas que podrían estar en la base de la conducta autolesiva, aprender estrategias para controlar mejor la angustia y otras emociones desagradables, aprender a regular las emociones y a tolerar mejor las emociones negativas, desarrollar habilidades para mejorar en el área de las relaciones sociales, aprender estrategias para solucionar los problemas de forma más eficaz y desarrollar una imagen más favorable y realista de uno mismo.

Por otra parte, las terapias se pueden realizar individualmente (con el chico o chica) o de forma grupal (con toda la familia o con los miembros que convenga).

Las modalidades terapéuticas que han mostrado más eficacia para abordar estos objetivos son:

- La terapia cognitivo-conductual (TCC): ayuda a identificar creencias (pensamientos) y conductas desadaptativas (que no están ayudando al chico/a a conseguir sus objetivos o que resultan perjudiciales para su salud física y mental) y sustituirlas por otras más saludables, o flexibilizarlas, de modo que dejen de tener un impacto negativo en el equilibrio del chico/a.
- Las terapias basadas en la conciencia plena (*mindfulness*): son técnicas que ayudan a vivir en el presente, percibiendo y aceptando los estados mentales actuales, de forma que mejora el bienestar general y puede reducir los niveles de ansiedad y depresión.
- La terapia de solución de problemas: es una terapia orientada a entrenar en estrategias constructivas para la resolución de problemas prácticos o interpersonales, o para manejar las dificultades de la forma lo más adaptativa posible, de manera que mejore el funcionamiento y calidad de vida de la persona.
- La terapia dialécticaconductual: es un tipo de terapia cognitivo-conductual derivada de la TCC que inicialmente se desarrolló para tratar pacientes con conductas suicidas y TLP, pero

actualmente se aplica y es eficaz para otros problemas como la ansiedad, la depresión o los trastornos por uso de sustancias. El término dialéctica hace referencia a las fuerzas opuestas en la evolución de la persona, siendo especialmente relevantes las fuerzas del cambio y de la aceptación. Por tanto, se promueve el cambio de los aspectos a mejorar, a la vez que se promueve la aceptación de los aspectos que ya están presentes, le funcionan bien a la persona y, por tanto, no hay que cambiar. Este tipo de terapia está manualizado y estandarizado por fases y módulos, y tiene componentes específicos para el manejo de la conducta autolesiva.

Pandemia COVID-19, confinamiento, desconfinamiento y autolesiones

Reacciones emocionales de los adolescentes a las situaciones de crisis



Algunas de las terapias que han mostrado mayor eficacia son la cognitivo-conductual, el *mindfulness*, la de solución de problemas y la dialécticaconductual.

La adolescencia es un período de crisis, por lo que, vivir una situación de crisis puede ser una complicación añadida. Las reacciones emocionales habituales en estas situaciones, en esta etapa, pueden manifestarse en forma de problemas de conducta (oposición o negativa a seguir las normas), las dificultades para cumplir con las exigencias de la autoridad, la pérdida de interés en las actividades habituales (estudios, amigos, etc.).

Además, es posible la presencia de dificultades para dormir, o alteraciones en el patrón de sueño-vigilia, o alteraciones en los patrones del apetito y la ingesta, o bien la presencia de somatizaciones u otras manifestaciones ansiosas.

Además, las características específicas de la crisis por la pandemia de la COVID-19 (confinamiento en el domicilio, restricción de las relaciones sociales directas, obligación de realizar tareas escolares de forma telemática, etc.), es posible que hayan causado un incremento de la ansiedad de los adolescentes, un incremento en el tiempo de uso de las pantallas, etc.

Aún no disponemos de datos empíricos procedentes de estudios de investigación realizados durante el periodo de confinamiento y posterior desconfinamiento, sobre las consecuencias reales en el estado emocional de los chicos y chicas, pero disponemos ya de algunos datos procedentes de estudios realizados en adultos jóvenes que indican que este colectivo podría ser uno de los más afectados en cuanto a los niveles de depresión y ansiedad (Susó-Ribera, 2020).

Uno de los datos que se desprenden de este estudio es la relación entre las variables de personalidad y la repercusión emocional de las consecuencias de la pandemia. Parece que las personas más extrovertidas serían las más afectadas.



Una hipótesis que podría explicar estos resultados es el hecho de que los adolescentes más sociables podrían haber sufrido más las consecuencias de la falta de relación social directa durante el confinamiento. Además, de estos datos se podría deducir que, si bien los adolescentes más introvertidos, y con menos necesidad de relación social, podrían haber estado mejor adaptados durante la fase de confinamiento, podrían ser los más perjudicados durante la fase de reanudación de las relaciones sociales.

Por otra parte, el Hospital Sant Joan de Déu Barcelona está llevando a cabo un estudio (EmCoVID19, Emociones y Conducta durante la COVID-19), que aportará datos reales sobre las consecuencias emocionales y conductuales para los adolescentes de la pandemia y las circunstancias asociadas a la misma.

En cuanto al desconfinamiento y al riesgo de infección, una de las dificultades que presentan los adolescentes es su tendencia a infravalorar los riesgos, en general. El adolescente tiende a ser conocedor de las consecuencias negativas derivadas de las posibles conductas de riesgo, pero a la vez tiende a infravalorar los riesgos, por el estilo de pensamiento conocido como la "fábula de la invencibilidad", que se trata de un sesgo cognitivo característico del pensamiento adolescente, que los lleva a pensar que "a él/ella no le pasará aquello".

Este puede ser un reto importante para los padres y educadores que deben promover las conductas de protección de los adolescentes y jóvenes durante la fase de reanudación de las actividades sociales.

Referencias bibliográficas

Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. W., ... Wasserman, D. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 55(4), 337–348. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12166>

Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 10. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>

Pattison EM, K. J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry*, 140, 867–872.

Psychiatric, A. (2013). *American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5ª ed.*

Suso- Ribera, C, Martin Brufau, R., (2020). How Much Support Is There for the Recommendations Made to the General Population during Confinement ? A Study during the First Three Days of the COVID – 19 Quarantine in Spain. *International journal of environmental research and public health*, 17. 4382.

Vega D, Sintes A, Fernández M et.al. (2018) Review and update on non-suicidal self-injury: who, how and why?. *Actas Españolas de Psiquiatria*. ISSN: 15782735

Whitlock J, S. M. (2014). En: In E. Nock M (Ed.), *The Oxford Handbook of Suicide and Self-injury*. (pp. 133–151). New York: Oxford University Press;

Webs de interés:

ANSwers. Proyecto sobre autolesión no suicida: www.answers.cat

Otros miembros del Grupo GRETA:

- Daniel Vega (Consorci Sanitari de l'Anoia)
- Juan Carlos Pascual (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau)
- Joaquim Puntí (Corporació Parc Taulí)
- Iria Méndez (Hospital Clínic i Provincial de Barcelona)
- Laia Briones (Fundació Sanitària d'Igualada)
- Soledad Romero (Hospital Clínic i Provincial de Barcelona)
- Marta Fernández (Hospital Sant Joan de Déu)
- Anaïs Lara (Althaia Manresa)
- Joaquim Soler (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau)
- Pilar Santamarina (Hospital Clínic i Provincial de Barcelona)
- Àngel Soto (Consorci Sanitari de l'Anoia)
- Raquel Martínez (Hospital Sant Joan de Déu)

Los principales problemas de salud mental



5. Preocuparse en exceso (ansiedad)

Laura González.

Psicóloga clínica de la Unidad de Salud Mental Pediátrica. Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

Laia Mollà.

Psicóloga clínica de la Unidad de Salud Mental Pediátrica. Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

Desde el inicio de la pandemia y, sobre todo, desde septiembre, con la reincorporación a la escuela y el inicio de bachillerato, Sara se siente muy irritable en casa. También ha dejado de salir con las amigas y dice que quiere dejar el fútbol (que jugaba desde pequeña) porque le quita demasiado tiempo para estudiar. Estudia primero de bachillerato y siempre ha tenido un rendimiento excelente. De hecho, Sara es una chica que si no saca sobresalientes o las cosas no le salen "perfectas", no se queda tranquila. En la escuela siempre ha sido una alumna modélica:

responsable, educada, estudiosa, organizada, etc., pero siempre han destacado de ella que "debería exigirse un poco menos", ya que a menudo la han visto *bloqueada* en algún examen e, incluso, llorando cuando se le han acumulado muchos trabajos y tareas a realizar. En cambio, cuando está de vacaciones consigue estar mucho más relajada, incluso parece otra.

No solo le preocupan los estudios, a Sara. De hecho, podemos decir que desde siempre *le ha preocupado todo*, es como si le costara estar relajada: sufre continuamente porque su hermana pequeña esté bien (tiene una enfermedad crónica), se preocupa cuando ha tenido una discusión con las amigas hasta el punto de *no poder quitarse de la cabeza lo que ha pasado*, se pone muy nerviosa cuando mira las noticias... cuando se preocupa tanto, se pone



muy tensa, dice que *le duele la cabeza, le cuesta dormirse por la noche, y necesita que la ayuden a tranquilizarse.*

A menudo ha tenido que faltar a la escuela por dolores de estómago. El inicio de la pandemia no la ha ayudado nada, porque entre las clases online, que le costó organizar y adaptarse, y el miedo a que alguien de la familia se contagiara, comenzó a estar todavía más tensa y angustiada. Ha llegado un punto que esto le está afectando y ha sentido que era el momento de pedir ayuda. Se ha visto sobrepasada en dos ocasiones, en las que ha estado tan angustiada que ha notado que le faltaba el aire, el corazón le palpitaba muy rápido y notaba un dolor en el pecho. Siente que sufre demasiado y le gustaría que alguien le enseñara a estar más relajada y a no preocuparse tanto.



Los trastornos de ansiedad son los problemas de salud mental más prevalentes que sufren los adolescentes actualmente.

Los trastornos de ansiedad

La infancia y la adolescencia son las etapas del ciclo vital en las que se experimentan a gran velocidad la mayor parte de los cambios que sufre el ser humano a lo largo de su trayectoria vital, lo que las convierte en un periodo de gran vulnerabilidad en relación a la salud y la enfermedad.

Los trastornos de ansiedad son los problemas de salud mental más prevalentes que sufren los adolescentes hoy en día y a menudo no son detectados en este colectivo. Este hecho es especialmente preocupante dado que sabemos que, de no ser detectados y tratados a tiempo, los trastornos de ansiedad en la adolescencia pueden persistir en la etapa adulta en formas más severas. Actualmente disponemos de numerosos datos procedentes de estudios científicos que avalan la eficacia de varias intervenciones psicológicas, basadas en la evidencia.

Con el objetivo de mejorar la capacidad de detección de estos problemas, en este capítulo se realizará un repaso en relación a los diferentes trastornos de ansiedad y sus manifestaciones clínicas, así como datos epidemiológicos en la etapa adolescente (prevalencias, factores de riesgo y de protección). Finalmente ofreceremos claves relevantes respecto a su prevención y su manejo.

La ansiedad

Definición y epidemiología

Todas las personas tenemos ansiedad. De hecho, la ansiedad es normal y saludable. La respuesta de ansiedad como reacción defensiva instintiva ante un peligro ejerce una función protectora en las diferentes especies y ha protegido a la humanidad durante miles de años. Todos los niños experimentan ansiedad. La ansiedad, incluso, es esperada en momentos específicos del desarrollo. Por ejemplo, desde aproxima-

damente los ocho meses hasta los años preescolares, los niños pueden manifestar angustia intensa en momentos de separación de sus padres o cuidadores principales. Pueden tener miedo a situaciones u objetos específicos como las tormentas, animales o desconocidos. Es lo que se conoce como miedos evolutivos.

Los miedos evolutivos se convierten en problemáticos si no desaparecen con el tiempo o si son tan intensos que interfieren en el funcionamiento cotidiano del niño, causando un sufrimiento muy significativo.

Tabla 5. Evolución de los miedos más frecuentes con la edad.

Fuente: adaptado de Méndez, F.X. (1999). *Miedos y temores en la infancia*. Madrid: Pirámide.

Edad	Miedos
0 a 2 años	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida brusca de la base de apoyo, ruidos fuertes, extraños, separación de los padres, heridas animales, oscuridad.
3 a 5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuye: pérdida del apoyo, desconocidos. • Se mantienen: ruidos fuertes, separación, animales, oscuridad. • Aumenta: daño físico, personas disfrazadas.
6 a 8 años	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuye: ruidos fuertes, personas disfrazadas. • Se mantienen: separación, animales, oscuridad, daño físico. • Aumenta: escuela (exámenes, miedo a suspender), aspecto físico, relaciones sociales, muerte.
9 a 12 años	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuye: separación, oscuridad, seres imaginarios. • Se mantienen: animales, daño físico, tormenta. • Aumenta: escuela (exámenes, miedo a suspender), aspecto físico, relaciones sociales, muerte.
13 a 18 años	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuye: tormentas. • Se mantienen: animales, daño físico. • Aumenta: escuela, aspecto físico, relaciones sociales, muerte.

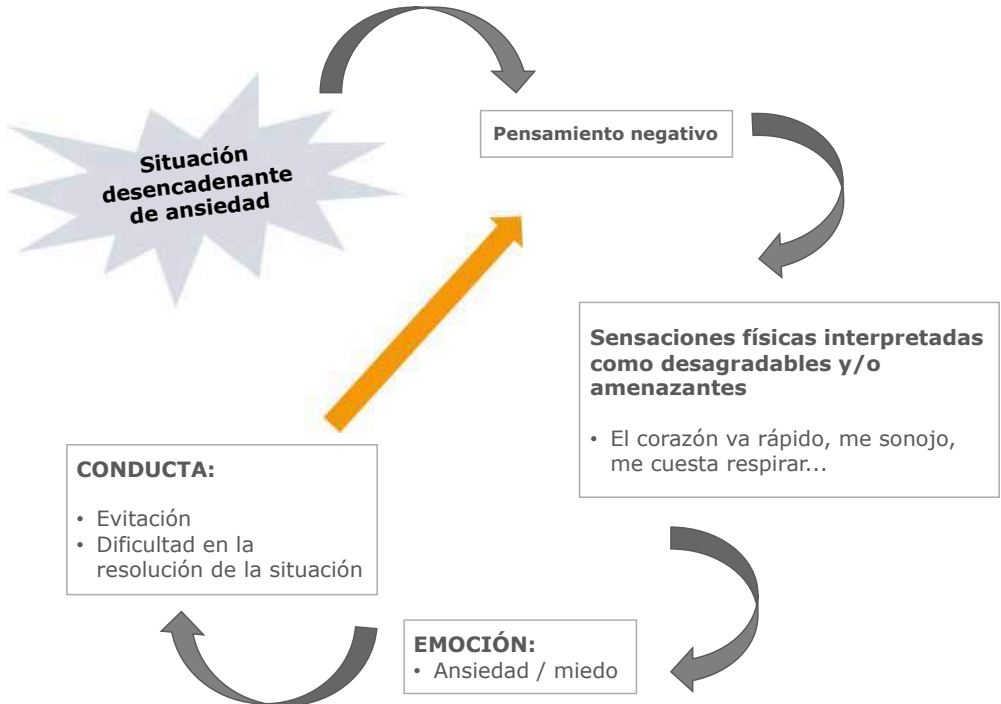
En la ansiedad patológica (problemática) aparece una tendencia a focalizar la atención de manera desproporcionada a estímulos amenazantes y manifestar respuestas de miedo condicionadas, generalizadas e indiscriminadas ante estímulos tanto amenazantes como seguros. Así, los trastornos de ansiedad apare-

cen cuando nuestra respuesta de ansiedad es tan intensa que nuestras estrategias de afrontamiento no son lo suficientemente eficaces para hacerle frente y poder adaptarse de manera adecuada a la situación.

A continuación ilustramos con un esquema cuál es el ciclo de la ansiedad patológica:

Figura 5. Ciclo de la ansiedad.

Fuente: elaboración propia.



Hay autores que distinguen cuatro aspectos que nos pueden ayudar a diferenciar la ansiedad normal de la ansiedad problemática y patológica:

- Intensidad, frecuencia y duración de la ansiedad.
- Proporción entre la gravedad objetiva de la situación y la intensidad de la respuesta de ansiedad.
- Grado de sufrimiento que produce en la persona.
- Grado de interferencia negativa en la vida cotidiana del adolescente (funcionamiento académico, relaciones sociales y familiares, actividades ocio).

De las enfermedades psiquiátricas, la ansiedad es uno de los diagnósticos mentales más comunes en todo el mundo: los estudios de prevalencia en población de Estados Unidos muestran que un 32 % de los adolescentes de entre trece y dieciocho años sufren algún problema de ansiedad, y entre un 5 a un 18 % de ellos presentan algún trastorno de ansiedad. Por lo tanto, la ansiedad es un problema mucho más frecuente que otros trastornos mentales en la adolescencia.

Además, son el grupo de trastornos que aparecen de manera más temprana en comparación con otros trastornos que típicamente presentan los adolescentes, con un inicio promedio alrededor de la pubertad. Todos los trastornos de ansiedad son más frecuentes en chicas que en chicos: por cada chico, encontramos aproximadamente dos chicas que padecen ansiedad. Esta diferencia aparece ya de manera muy temprana, alrededor de los cinco años de edad.

De los diferentes trastornos de ansiedad (explicados más adelante), *el National Comorbidity Study-Adolescent Supplement* de Estados Unidos (NCS-A, 2010), detectó las siguientes prevalencias:

- 2,2 % para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG)
- 2,3 % para el trastorno de pánico
- 2,4 % para la agorafobia
- 5 % para el trastorno de estrés post traumático (TEPT)
- 7,6 % para el trastorno de ansiedad por separación (TAS)
- 9,1 % para la fobia social (FS)
- 19,3 % para las fobias específicas

En estudios recientes también se ha detectado un incremento de los casos con TEPT, FS y TAG. En el estudio del NCS-A se detectó que un 8,3 % de los adolescentes presentan un trastorno de ansiedad de intensidad severa, la mayoría de los cuales debido a la presencia de agorafobia y TEPT.

A pesar de estos datos, la proporción de jóvenes que reciben tratamiento para un trastorno de ansiedad prácticamente no llega ni al 20 %. Este hecho es alarmante sobre todo teniendo en cuenta, por un lado, que en la actualidad disponemos de datos que avalan la eficacia de intervenciones basadas en la evidencia para el manejo de los trastornos de ansiedad en estas edades, y por otra, debido a que, no detectar ni intervenir en los trastornos de ansiedad en estas etapas, se asocia a persistencia de las dificultades y malestar creciente en la etapa adulta.



Los trastornos de ansiedad aparecen cuando nuestra respuesta de ansiedad es tan intensa que no somos capaces de hacer frente a una situación.



Todos los trastornos de ansiedad son más frecuentes en chicas que en chicos.

La ansiedad en los niños y adolescentes les causa malestar en diferentes ámbitos, con interferencia en las relaciones familiares y entre iguales. Además, impacta negativamente en la calidad de vida, repercutiendo en una baja autoestima y en una disminución del rendimiento académico.

Por lo tanto, detectar de forma precoz las señales de alarma de los problemas de ansiedad en una etapa de elevada vulnerabilidad como la adolescencia puede ayudar a prevenir y mejorar la salud y la calidad de vida de los jóvenes, y a prevenir dificultades en la etapa adulta.

Ansiedad vs. Miedo:

El miedo es una reacción fisiológica de defensa ante potenciales peligros que generalmente está asociado a algún estímulo externo amenazante identificable. Es adaptativo, en el sentido de que es útil para la supervivencia, ya que impulsa una conducta de lucha o huida de la amenaza identificada. Por otra parte, la ansiedad consiste en la misma reacción pero sin que exista tal peligro o -a pesar de que exista- su intensidad y frecuencia son desproporcionadas.

La ansiedad tiene las siguientes características:

1. Miedo desproporcionado en relación al carácter amenazante de la situación.
2. Conduce a la evitación de la situación temida.
3. Es de carácter irracional: no existe una posible explicación lógica del fenómeno, por lo que la persona ya sabe que "no es para tanto", pero tiene la sensación de no poder gestionarlo.
4. Sobrepasan el control voluntario "no puedo".
5. Producen cierto grado de malestar o sufrimiento.

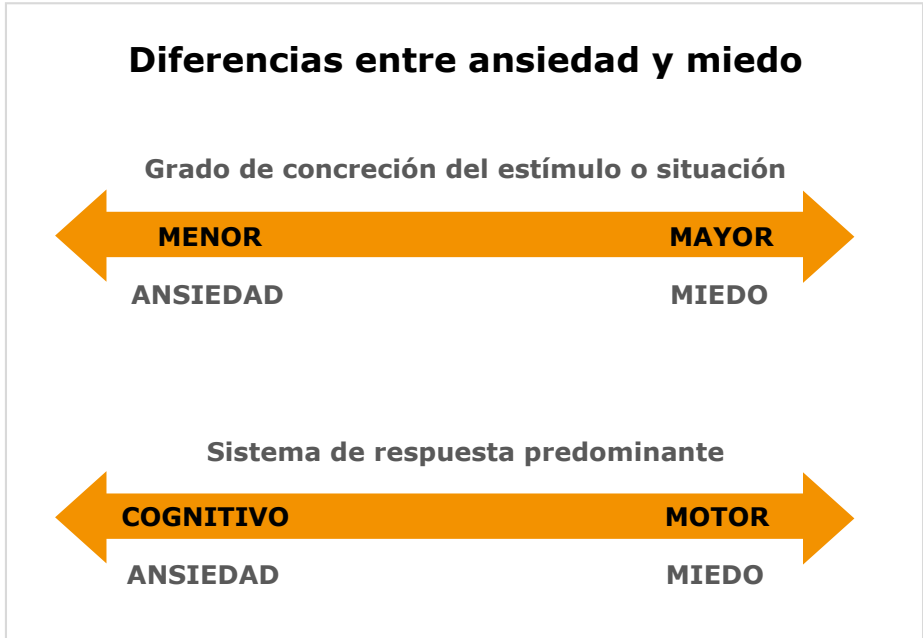
La ansiedad suele ser anticipatoria, en el sentido que advierte de un posible peligro futuro. Es desadaptativa en cuanto que anticipa un peligro irreal o desproporcionado. Por último, se convierte en patológica cuando es más frecuente, intensa y/o persistente que el miedo "adecuado" y esperado ante ciertas situaciones amenazantes.

A pesar de ser emociones diferentes, a menudo usamos la palabra "ansiedad" y "miedo" como sinónimos. Hay dos criterios o parámetros que nos pueden ayudar a diferenciar los dos conceptos:

- Nivel de concreción del estímulo: el miedo se identifica como un estado concreto, es decir, lo que nos da miedo es un estímulo o situación específica, como un avión, un perro, las agujas, la oscuridad, etc. Por lo tanto, este estímulo es algo susceptible de ser evitado. En cambio, la ansiedad se considera un estado emocional de preocupación, desasosiego e intranquilidad, que se experimenta a menudo sin saber por qué ha aparecido, y siendo, en la mayoría de los casos, difícil asociarla a un estímulo o situación específica.
- Sistema de respuesta predominante: en la ansiedad predominan las respuestas cognitivas, internas, mientras que en el miedo hay un predominio de las respuestas motrices y conductuales. En consecuencia, tanto un observador externo como el propio niño identifican más fácilmente la situación desencadenante en el miedo que en la ansiedad.



Detectar de forma precoz las señales de alarma de los problemas de ansiedad en la adolescencia es clave para su salud presente y futura.

Figura 6. Diferencias entre ansiedad y miedo.Fuente: Méndez, F.X. (1999). *Miedos y temores en la infancia*. Madrid: Pirámide.

Niveles o sistemas implicados en la respuesta de ansiedad

La ansiedad es una emoción normal y saludable que se manifiesta como un sistema de respuesta (cognitiva, fisiológica y conductual) que nos protege ante un peligro (ver tabla 6).

Tabla 6. Componentes implicados en la respuesta de ansiedad.

Fuente: elaboración propia.

Componente fisiológico	Componente cognitivo	Componente conductual
<ul style="list-style-type: none"> • Inquietud psicomotriz • Temblor • Taquicardia / palpitaciones • Insomnio • Pérdida del apetito • Síntomas somáticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades de atención y concentración • Pensamientos intrusivos, anticipatorios de peligro • Hiperalerta • Preocupaciones • Dificultad para tolerar la incertidumbre 	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas evitativas, de comprobación y de reaseguración

1. Sistema somático y fisiológico: estas reacciones se experimentan como consecuencia de la activación del sistema nervioso autónomo (SNA). Aunque existe una gran variabilidad entre personas, las más frecuentes incluyen en mayor o menor medida, la presencia de mareo, diarreas, opresión en el pecho, sensación de ahogo e inquietud motriz. Parece ser que las respuestas somáticas y fisiológicas son más habituales en el miedo, es por eso que el miedo es considerado una emoción “muy física”. La situación de emergencia sanitaria por el coronavirus SARS-CoV-2-19 puede ser considerada como un factor desencadenante de estrés muy significativa a diferentes niveles y, a estas alturas, todavía presente, generadora de incertidumbre, sensación de incontrolabilidad y de preocupación en torno a los pilares más importantes para todas las personas en todo el mundo: la salud, la familia y la economía; en este sentido, desde el 15 de marzo de 2020, momento en el que se decretó el estado de alarma en España, estamos sometidos a una situación de estrés, y muchos adolescentes, especialmente aquellos previamente vulnerables por presentar un estado de salud física y/o problema de salud mental previo, describen sensaciones compatibles con activación de su SNA tales como incremento de la frecuencia cardíaca, dificultad para conciliar el sueño, diferentes somatizaciones corporales (dolores de cabeza, dolores de estómago, etc.) que pueden considerarse una reacción normal adaptativa de nuestro organismo a una circunstancia “de amenaza” excepcional.

2. Sistema cognitivo: sería todo aquello que percibimos mentalmente y que sentimos, como preocupaciones excesivas, impresión de no poder con lo que nos preocupa, dificultades de concentración, dificultad para dejar de pensar en lo que nos preocupa, dificultades de concentración y memoria, etc. Por ejemplo, el adolescente que tiene que hacer una presentación ante toda la clase piensa que quizá se quedará en blanco y los otros se reirán de él, o el adolescente que actualmente tiene miedo de salir a la calle y/o relacionarse con gente ante la posibilidad de contagio de la COVID-19. También les pasa a los adolescentes con una preocupación intensa por situaciones cotidianas, que pueden sentirse desbordados y pensar que no aprobarán y repetirán curso, o en los períodos de exámenes. La presencia de estos pensamientos negativos, que a menudo se experimentan como incontrolables, aumentan a la vez la emoción negativa (angustia).

3. Sistema conductual: a pesar de que ante el miedo y/o las situaciones que generan ansiedad, el adolescente puede reaccionar de manera muy diversa, podemos considerar que las respuestas de evitación son las más frecuentes. Continuando con uno de los ejemplos anteriores, es posible que la persona con miedo a hablar en público haga todo lo posible para intentar no hacer la presentación, evitándola de distintas maneras; también puede ser que no quiera salir a la calle y quede recluido en casa, por miedo a contagiarse. Cuando la situación que genera ansiedad no se puede evitar, y el adolescente tiene que pasar por ella, es habitual que aparezcan otras respuestas de ansiedad tales como serían el tartamudeo, temblores, etc.

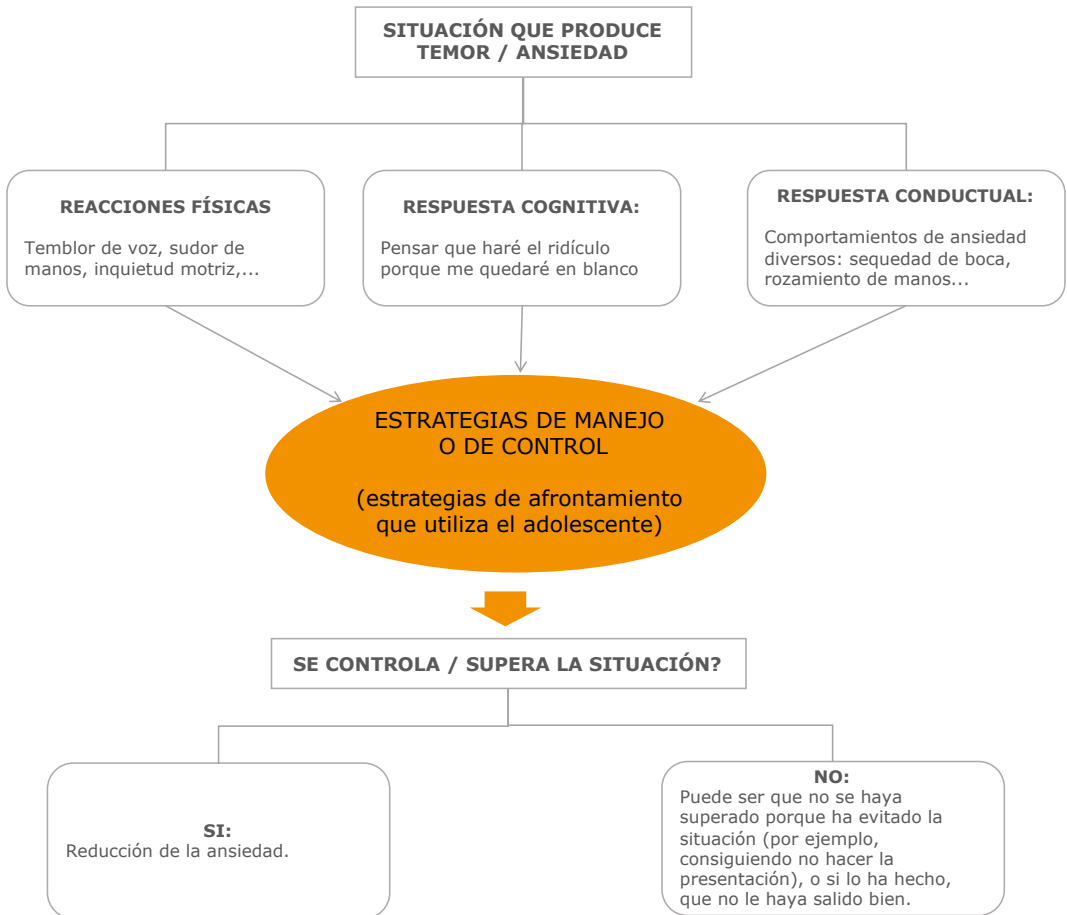


A pesar de ser emociones distintas, a menudo usamos la palabra “ansiedad” y “miedo” como sinónimos.

Intentamos ilustrar gráficamente cómo funciona la respuesta de ansiedad, con un ejemplo específico:

Figura 7. Funcionamiento de la respuesta de ansiedad.

Adaptado de C. Maganto Mateo y JM Maganto Mateo. Cómo potenciar las emociones positivas y afrontar las negativas. Ed. Pirámide 2010



Ansiedad y adolescencia: ¿cómo se manifiesta?

Cada una de las etapas del desarrollo tiene unas características específicas y se manifiesta diferenciadamente del resto; cada una de ellas, incide (determina cambios) en las etapas de desarrollo posterior de manera que, cómo evolucione y se resuelven las demandas y experiencias de la adolescencia, influirá en la etapa adulta. Todo ello constituye el desarrollo humano.

Todo lo que un individuo es, se explica por la interacción entre la herencia genética y las influencias y experiencias ambientales. Es lo que llamamos modelo biopsicosocial. En la etapa de la adolescencia, el grupo de iguales (amigos, compañeros de clase, etc.) juega un papel esencial en este sentido.

La presentación de los trastornos de ansiedad varían de un adolescente a otro, pero los síntomas generalmente incluyen temores y preocupaciones excesivas, sentimientos de inquietud interna y una tendencia a ser excesivamente prudente. Incluso en ausencia de una amenaza real algunos adolescentes describen sentimientos de nerviosismo y tensión continúa.

Los adolescentes que padecen ansiedad, habitualmente también experimentan una variedad de síntomas físicos: tensión muscular, dolores de estómago, dolores de cabeza y fatiga.

Asimismo, a nivel conductual los adolescentes que sufren ansiedad pueden evitar sus actividades habituales o negarse o resistirse a participar en situaciones nuevas y/o desconocidas. De hecho, la evitación de las situaciones que se consideran subjetivamente amenazantes es el rasgo principal de los trastornos de ansiedad.

La evitación a menudo se acompaña de sentimientos como miedo, malestar o timidez. Cabe señalar también que el adolescente con ansiedad puede ser un adolescente que manifiesta irritabilidad y tensión y, a veces, como manera de negar o disimular los síntomas de ansiedad (ansiedad social, por ejemplo) pueden participar en conductas de riesgo, como sería el consumo de tóxicos.

Por último, adolescencia y ansiedad pueden asociarse a menor rendimiento en los estudios y en menor participación en las actividades de ocio habituales. El adolescente también puede evitar algunas situaciones como situaciones sociales, asistir al instituto, etc. Todo esto puede acabar repercutiendo en su potencial a diferentes niveles. El adolescente preocupado habitualmente se caracteriza por presentar una elevada conformidad, con elevado deseo de agradar a los demás, preocupación por el rendimiento (alto perfeccionismo) e inseguridad de sí mismo. Le puede costar tomar decisiones y manifestar opiniones diferentes a las de su grupo de iguales o entorno familiar. A menudo, el adolescente inseguro y ansioso busca la tranquilización por parte de su entorno, por lo que acaba dependiendo de sus figuras de vinculación.



Los síntomas que suelen presentar los adolescentes con ansiedad incluyen temores excesivos, sentimientos de inquietud interna y excesiva prudencia.



El rasgo característico de los trastornos de ansiedad es la evitación, a nivel conductual (acciones), y la intolerancia a la incertidumbre, a nivel cognitivo (pensamiento).

¿Cómo detectamos la ansiedad? Señales de alerta. Trastornos de ansiedad

El rasgo característico de los trastornos de ansiedad es la evitación, a nivel conductual (acciones), y la intolerancia a la incertidumbre, a nivel cognitivo (pensamiento). La evitación a veces es muy evidente, como cuando el adolescente con ataques de pánico y agorafobia evita ir a lugares públicos por miedo a presentar síntomas de ansiedad, pero otras veces es más sutil incluyendo por ejemplo, dudas excesivas, aislamiento, resistencia, etc.

Además, todos los trastornos de ansiedad incluyen de un modo u otro la anticipación de catástrofe o amenaza (“y si...”; “suspenderé”; “se reirán de mí”, etc.).

Las diferencias básicas entre los diferentes trastornos de ansiedad tendrán que ver con el contenido de estos pensamientos negativos y del estímulo percibido como amenazante.

Tabla 7. Principales trastornos de ansiedad.

Fuente: elaboración propia (basado en DSM-5).

Trastorno	Foco del miedo
Trastorno de ansiedad de separación (TAS)	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo a la separación de figuras de apego.
Mutismo selectivo (MS)	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo a hablar en algunas situaciones (por ejemplo escuela), mientras que sí se habla en otras (en casa). Típicamente se inicia en la etapa infantil, y habitualmente se resuelve en la infancia.
Fobia específica (FE)	<ul style="list-style-type: none"> • Animales. • Entorno natural. • Sangre-inyecciones-heridas. • Situaciones específicas: escuela, aviones, ascensores, espacios cerrados...
Trastorno de ansiedad social (Fobia social, FS)	<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones sociales en las que la persona puede estar expuesta a examen por parte de otros.
Trastorno de pánico (TP)	<ul style="list-style-type: none"> • Ataques de pánico.
Agorafobia	<ul style="list-style-type: none"> • Lugares en los que puede ser difícil escapar.
Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupaciones excesivas (anticipaciones aprensivas) ante cuestiones cotidianas.
Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos intrusivos (obsesiones) y conductas compulsivas.
Ansiedad por la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo a tener alguna enfermedad.
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencias traumáticas.

En la práctica, estos miedos se traducen en conductas evitativas y reaseguradoras que permitan tener “controlado” el estímulo temido.

En el caso de la ansiedad de separación (más habitual en niños que en adolescentes), encontramos dificultades para separarse de las figuras de vinculación. El niño evitará situaciones en que deba separarse y pedirá ayuda de sus progenitores incluso en tareas que no le suponen una excesiva dificultad y que podría afrontar solo.

En el trastorno de ansiedad social encontraremos adolescentes tímidos y que valoran mucho la opinión de los demás, incluso por encima de la suya. A menudo se cuestionan las intervenciones en contextos sociales hasta el punto que los podemos ver inhibidos o con respuestas ralentizadas. El adolescente con ansiedad social evitará situaciones deba exponerse a la opinión de los demás. Estas pueden ser desde situaciones en el ámbito académico (presentaciones orales, preguntar dudas en el aula...) hasta situaciones en el ámbito social (comer o bailar en público, participar en conversaciones en grupo de iguales...).



A los adolescentes con trastorno de ansiedad generalizada les podemos ver preocupados por tareas cotidianas como los deberes o los exámenes.

A los adolescentes con trastorno de ansiedad generalizada los podemos ver preocupados por tareas cotidianas como los deberes o los exámenes. Podemos observar cómo, a pesar de haber estudiado suficiente, se quedan repasando de manera excesiva. También pueden evitar escuchar las noticias por el malestar que les genera o pedir que les anticipemos los cambios por la dificultad que les supone la falta de control del entorno. En general, el adolescente con TAG es un adolescente que se preocupa excesivamente por una amplia gama de acontecimientos cotidianos, sin concretar una situación específica. Puede preocuparse excesivamente por catástrofes, por la salud propia y/o de su familia, porque no le vaya bien el inicio de las clases, puede preocuparse también por algo que pasó hace tiempo, -por ejemplo un comentario que dijo a un amigo-, y que tiene miedo a que se malinterprete, etc.

En los adolescentes con trastorno de pánico y/o ansiedad por la salud, notaremos que están muy pendientes de las sensaciones corporales y que enseguida detectan pequeños cambios, que nos consultan por el miedo que representen un ataque de angustia o un problema de salud importante. En el caso de la ansiedad por la salud, es posible que pidan que les llevemos al médico, y en el caso del trastorno de pánico y/o agorafobia puede que pidan ir a un lugar donde se sientan seguros (como sería en casa o en un espacio donde sea fácil salir).



En el trastorno de estrés postraumático se pueden observar manifestaciones diferentes. Podemos encontrar un adolescente hiperalerta, con dificultades para conciliar el sueño y relajarse, y que evita hablar de aquel acontecimiento que le resultó traumático. En ocasiones pueden recurrir al consumo de tóxicos para poder evitar estos pensamientos y recuerdos traumáticos.

Por último, en el trastorno obsesivo-compulsivo, aunque suele ser difícil detectar los pensamientos intrusivos desde fuera, sí podemos observar las conductas compulsivas, como lavarse las manos repetidamente, a pesar de estar limpias, etc.

Relación entre ansiedad y salud

Existe una relación bidireccional entre ansiedad y salud, en el sentido que la ansiedad puede desencadenar o agravar algunas enfermedades médicas, como serían las enfermedades inflamatorias intestinales (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn) y otras enfermedades crónicas. Pero también estas, a su vez, pueden



La ansiedad puede desencadenar o agravar algunas enfermedades médicas, como las enfermedades inflamatorias intestinales y otras enfermedades crónicas.

desencadenar o agravar la ansiedad previa de una persona, ya que conllevan un estrés continuado que puede llegar a agotar el organismo.

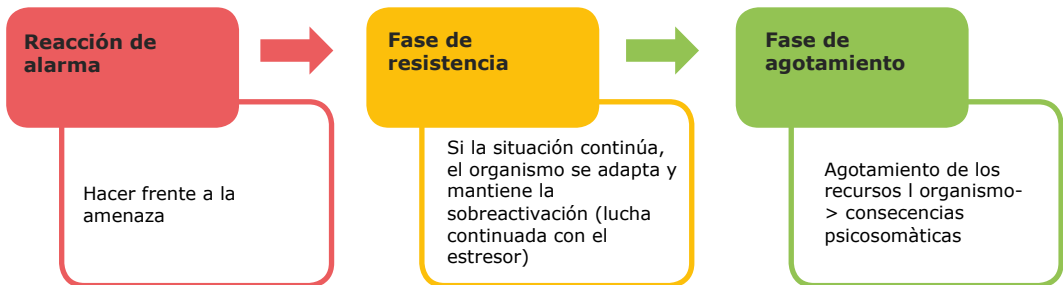
El estrés se caracteriza como los cambios psicofisiológicos que se producen en el organismo en respuesta a una situación concreta de sobredemanda. Estos cambios preparan el cuerpo para enfrentarse a situaciones de emergencia, de un modo similar al miedo, de dos maneras:

- Se paralizan los sistemas fisiológicos que no son imprescindibles. Por ejemplo, se inhibe temporalmente la libido, los procesos digestivos o el sistema inmunitario.
- Se concentra toda la energía disponible en los sistemas que son decisivos para hacer frente a la demanda, como sería un aumento de la presión arterial o que se agudicen los sentidos.

Esta respuesta, al igual que el miedo que se activa ante un estímulo peligroso, es adaptativa, en el sentido de que contribuye a la supervivencia. Sin embargo, si el estrés dura mucho tiempo acaba agotando al organismo, produciendo un agotamiento físico que aumenta el riesgo de desarrollar o exacerbar enfermedades somáticas. Esto es lo que se denomina síndrome general de adaptación:

Figura 8. Fases del síndrome general de adaptación.

Fuente: adaptado de Amigo, I., Fernández, C., y Pérez, M. (2009). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: ediciones Pirámide.



Una situación de ansiedad o estrés crónico mantiene en alerta permanente al organismo, afecta al sistema inmunológico y por lo tanto, disminuye el nivel de resistencia del individuo ante ciertas enfermedades.

Factores de riesgo, de protección y de mantenimiento

Existe una vulnerabilidad común a todos los trastornos de ansiedad, que se relaciona con la presencia de los siguientes factores: rasgos de introversión y timidez; rasgo temperamental de inhibición conductual; presencia de algún familiar con ansiedad u otras dificultades psicopatológicas, y la presencia de experiencias vitales negativas. Un factor de riesgo es aquel que aumenta la probabilidad de que aparezca un trastorno psicopatológico.

De manera general, se considera que los trastornos de ansiedad vienen explicados por la interacción de diferentes factores, tales como:

1. Factores genéticos
2. Temperamento en la infancia
3. Factores sociodemográficos
4. Factores desencadenantes ambientales
5. Factores psicológicos

A continuación describimos de manera más detallada cada uno de los factores de riesgo mencionados con anterioridad:

1. **Historia familiar y variables familiares:** que uno de los padres tenga un trastorno de ansiedad aumenta el riesgo de sufrir ansiedad. Por otra parte, numerosos estudios se han centrado en las relaciones entre estilos relacionales de los padres con sus hijos y asociación con síntomas de ansiedad en los niños. En este sentido, parece que estilos educativos con un excesivo nivel de control y sobreprotección son factores de riesgo relevantes, ya que limitan la autonomía y la independencia de los hijos. Los adolescentes con más factores de riesgo genético pueden experimentar ansiedad incluso en ausencia de una amenaza real, describiendo sentimientos de nerviosismo continuo, inquietud o estrés elevado, con dificultad para sentirse relajados y tranquilos.
2. **Temperamento en la infancia:** el temperamento es la individualidad heredada que afecta a la forma de pensar, sentir y actuar de cada persona. Es la tendencia constitucional del individuo a reaccionar de determinada manera en el ambiente. Básicamente son dos los rasgos temperamentales que se han asociado a presentar trastornos de ansiedad: la inhibición conductual (IC) y la sensibilidad a la ansiedad (SA).

La IC es uno de los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de ansiedad más relevantes. Se define como la tendencia a manifestar miedo, evita-



Los trastornos de ansiedad aparecen por una interacción de diferentes factores: genéticos, sociodemográficos, ambientales y psicológicos.

ción o cautela en situaciones que son novedosas y/o personas desconocidas. Los niños con IC se caracterizan porque son niños que ante estas situaciones suelen mostrar:

- Dificultad para tolerar cambios o novedades.
- Lentitud para coger confianza con personas desconocidas.
- Poca sonrisa.
- Buscar mucha proximidad a figuras de apego.
- Hablar poco.
- Mirada tímida, evitación del contacto ocular.
- No querer explorar situaciones novedosas.

Por otra parte, la sensibilidad a la ansiedad se define como la tendencia a manifestar miedo ante la experiencia de síntomas de ansiedad, cometiendo sesgos cognitivos y tendencia a interpretarlos de manera catastrófica. En este sentido, se detecta de manera muy precoz cualquier cambio somático y se interpreta como una amenaza, pensando por ejemplo que puedo tener un ataque cardíaco al percibir cierto incremento en los latidos del corazón.

Hay estudios que muestran que la presencia de IC significativa predice la aparición de problemas relacionados con la ansiedad en dos años. También se ha observado que la presencia de IC predice la existencia de fobia social en la adolescencia, y la sensibilidad a la ansiedad se relaciona más con trastorno de pánico o trastornos somáticos y TAS.

3. Factores sociodemográficos: como serían la edad y el sexo. En este sentido, numerosos estudios informan de un mayor riesgo de padecer cualquier trastorno de ansiedad en chicas. Esto es particularmente evidente en el TEPT, que es donde se constata una diferencia superior entre sexos. En relación a la edad, se sabe que la pubertad es el momento evolutivo de mayor vulnerabilidad y riesgo para el inicio de problemas de ansiedad, aproximadamente a los once años. El inicio de los trastornos de ansiedad es mucho más anterior que otros problemas importantes en la adolescencia como trastornos del estado de ánimo, problemas de comportamiento y problemas con el uso de sustancias.
4. Factores desencadenantes ambientales: acontecimientos vitales tales como separación de los padres, cambio de escuela etc., u otros considerados más estresantes (por ejemplo, experiencia de maltrato) se asocian al desarrollo de trastornos de ansiedad en personas biológicamente vulnerables. De manera específica, la presencia de victimización y *bullying* entre iguales en la adolescencia se asocia con síntomas de ansiedad y depresión a medio y largo plazo, debido al estrés psicológico persistente.

5. Factores psicológicos: los adolescentes con ansiedad suelen tener más pensamientos que les informan de las amenazas del entorno. Por ejemplo, un adolescente con ansiedad social tendrá más pensamientos en relación a amenazas sociales (“no gustaré a los demás”), los niños con ansiedad de separación en relación a amenazas al bienestar de los padres (“les pasará algo y me quedaré solo”), etc. Este sesgo atencional respecto posibles amenazas y el sesgo de interpretar informaciones ambiguas consistentemente hacia una lectura desde el miedo son típicos de los trastornos de ansiedad.

La presencia y la intensidad de estos factores de riesgo determina el grado de vulnerabilidad de una persona: a más factores de protección y menos factores de riesgo, se incrementa la resistencia frente a la adversidad; en cambio, cuantos más factores de riesgo y menos de vulnerabilidad, se incrementa la vulnerabilidad individual. Sin embargo, para que esta vulnerabilidad se convierta (o no) en una manifestación de trastorno, necesita de la interacción con otros factores.

Los factores protectores son aquellos que disminuyen la probabilidad de que esa vulnerabilidad termine desencadenando un trastorno. Los factores de protección son habitualmente característicos de la persona (como una buena autoestima) o del ambiente (como una comunicación y relación familiar positiva). Estos factores protectores ayudan a “hacer presión o resistencia” ante los factores de riesgo o de vulnerabilidad.



La familia es uno de los principales agentes de transmisión de valores. Numerosos autores lo han relacionado directamente con estados psicopatológicos en los hijos. En este sentido, uno de los principales factores de protección a nivel familiar se relaciona con la expresión de emociones y muestras de afecto, así como un estilo educativo que favorezca la autonomía y autoconfianza en los niños.

En la tabla que se presenta a continuación se detallan algunos de los factores de protección más relevantes en cuanto a los trastornos de ansiedad en la etapa adolescente:

Tabla 8. Factores de protección en los trastornos de ansiedad en la adolescencia.

Fuente: adaptado de Cabral, M.D. & Patel, D.R., 2020 (citado en *Anxiety Disorders*, 2020).

Individuales	Familiares	Entorno
<ul style="list-style-type: none"> • Habilidad para superar la adversidad (estrategias de afrontamiento). • Flexibilidad y capacidad de adaptación. • Ausencia de dificultades en el sueño. • Habilidades de resolución de conflictos y solución de problemas. • Autoeficacia. • Habilidades para gestionar el estrés adecuadamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estilo de comunicación positivo entre padres e hijos. • Cohesión a la unidad familiar. • Vínculo seguro. • Educación positiva (no coercitiva ni punitiva). • Apoyo familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Red social. • Apoyo social adecuado. • Ambiente positivo en el sistema escolar. • Responsabilidad social, empatía.

Afrontar la ansiedad. Prevención e intervención: ¿qué pueden hacer los padres?

La ansiedad en los adolescentes puede producir dificultades de concentración y repercutir en la habilidad para mantener un rendimiento académico, puede interferir también en las relaciones con los amigos. A veces, incluso, el adolescente con ansiedad evita relacionarse. Por otra parte, la ansiedad persistente puede asociarse a dolores de cabeza o en otras partes del cuerpo, fatiga y dificultad para dormir por la noche. Todo esto puede repercutir en el bienestar del adolescente y afectar a su calidad de vida.

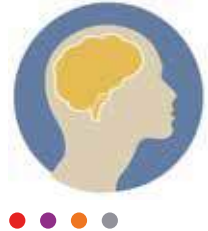
Ya hemos visto que hay que estar alerta a las señales de riesgo de sufrimiento en los jóvenes para poder ayudarles a gestionar y afrontar adecuadamente aquellas situaciones y eventos que les están generando sufrimiento. Muchas veces, el entorno próximo, ya sean tutores, progenitores o incluso el mismo grupo de amistad de iguales puede detectar el malestar incipiente del joven, y podemos movilizar toda una serie de recursos que le ayuden. En otras ocasiones, será necesaria la valoración e intervención por parte de especialistas en psicología clínica.

La intervención psicológica tendrá como objetivo disminuir y actuar de manera preventiva sobre los factores de riesgo que sean modificables, así como potenciar todos los factores de protección que se han descrito con anterioridad.

Estrategias para que los padres puedan ayudar a sus hijos adolescentes

1. Educación y prevención: construir un contexto familiar que fomente la expresión de emociones y el vínculo seguro, lo que permite que el adolescente, cuando se sienta desbordado y/o con malestar, pueda tener herramientas para expresarnos cómo se siente. Otro aspecto que tiene un papel preventivo tiene que ver con ayudar a los niños a que desde la infancia precoz puedan ir conociendo e interiorizando sus propios recursos personales.

Este último punto está relacionado, entre otras cuestiones, con permitir que el niño se equivoque y que se sienta frustrado, triste, enfadado, etc., sin reñir ni sobreproteger, sino acompañando y sosteniendo. A veces los padres usamos frases como “no llores”, “no te enfades que no es para tanto”, “no hay que tener miedo por esto”, etc., que hacen que los niños no puedan vivir libremente sus emociones. Hay que fomentar la idea de que todas las emociones son válidas y nos



Existen algunas estrategias que pueden ayudar a los padres a manejar la ansiedad de sus hijos adolescentes.

acompañan a lo largo de la vida en diferentes contextos e intensidades. El adolescente que ha crecido experimentando que puede expresar cómo se siente y afrontar con éxito las dificultades con las que se va encontrando es un adolescente que se siente fuerte y seguro ante el estrés y las dificultades que se va encontrando.

Por otro lado, una actuación preventiva relevante, dentro del ámbito familiar tiene que ver con la importancia de permitir cierto grado de autonomía, procurando no sobreproteger al hijo e interferir constantemente en sus actividades o iniciativas, pero tampoco forzando una independencia precoz. Se trata de reforzar la autonomía, desde la seguridad que tiene sus figuras de vinculación como soporte.

Pero muy especialmente, resulta clave la demostración clara de afecto y aceptación incondicional por parte de los padres, ya que este aspecto está íntimamente relacionado con un vínculo seguro y en consecuencia con la capacidad posterior para que el adolescente pueda establecer lazos y relaciones afectivas “sanas”.

2. Observar y detectar las señales de alerta de ansiedad: a veces los jóvenes pueden verbalizar directamente que se sienten desbordados o preocupados, pero otras veces no es tan evidente quizás incluso porque ni siquiera él se da cuenta. Algunas de las señales de alerta incluyen:

- Cambios de humor, con incremento de la irritabilidad.
- Evitación de situaciones como ir a clase, quedar con amigos, conocer gente nueva, ir a situaciones donde hay mucha gente, etc.
- Dificultades de concentración, más dispersión, y posible descenso en el rendimiento académico.
- Dificultades para conciliar el sueño por la noche y/o se despierta durante la noche.
- Quejas respecto a sufrir dolor de cabeza, fatiga, y otras somatizaciones o molestias físicas.

3. Encontrar un momento de tranquilidad: a veces, habrá que esperar. Lo importante es estar disponible, para hablar con nuestro hijo o hija adolescente de los posibles problemas o dificultades que pueda estar teniendo. Habría que adoptar una actitud de escucha activa y empática. Por ello, hay que recordar que tenemos que intentar ver el mundo de la manera que ellos lo hacen, sin juzgar ni criticar, que no quiere decir que estemos de acuerdo. En este punto, es importante también ayudarles a tomar perspectiva y relativizar, en caso de que se pueda.

4. En algunos adolescentes, el problema puede ser que se sientan desbordados por las exigencias y demandas (del entorno y propias), por lo que habrá que ayudarle a repartir de manera más equitativa dentro de la rutina diaria los ratos dedicados a cada tarea (estudio), con énfasis en el descanso, la relajación, el placer y el tiempo de ocio.

5. En la conversación con el adolescente es muy importante validar las emociones y el momento por el que está pasando. De esta manera el adolescente se sentirá escuchado y apoyado. Frases y mensajes como “entiendo que te sientas así si piensas...”. Validar las emociones no significa estar de acuerdo con lo que nos está comunicando, significa simplemente transmitir el mensaje que estamos con él y que entendemos su malestar. La fase siguiente será ayudarle a activar sus propias estrategias de afrontamiento. El adolescente que se siente escuchado, es un adolescente que se siente seguro y sobre todo, que percibe que puede confiar en nosotros.

6. El adolescente que se siente seguro y con autoconfianza ante los retos propios de la etapa vital (exámenes, conocer gente nueva...) no se siente desbordado por la ansiedad y se siente capaz y con confianza en sus recursos, por lo que normalmente no se producirán conductas de evitación. No obstante, un porcentaje elevado de adolescentes experimentarán ansiedad significativa, por lo que habrá que animarles a afrontar sus temores, permitiéndoles comprobar por un lado que, en la mayoría de ocasiones, lo que tememos no llegará a producirse; por otro lado, también pueden comprobar que en caso de que ocurra aquello que temen o que les preocupa, la mayoría de veces tienen más recursos personales de los que piensan para gestionar de manera satisfactoria la situación, y terminando ganando seguridad en sí mismos.

A modo de conclusión

Las reacciones de miedo y ansiedad son respuestas fisiológicas adaptativas que sirven para ponernos en estado de alerta ante posibles amenazas, y que sin duda han sido muy útiles para garantizar la supervivencia de la especie. Los niños y adolescentes captan muy rápidamente los peligros del ambiente que les rodea; nos lo han demostrado con la respuesta (encomiable) que han mostrado durante el confinamiento necesariamente impuesto por el estado de alarma frente a la COVID-19. No obstante, en cuanto a las circunstancias ambientales se añaden otros factores tales como predisposición genética, temperamental y/o familiar (incremento del riesgo), puede aparecer un trastorno de ansiedad, que se vive como un miedo/preocupación incontrolable, con síntomas de activación fisiológica (respuesta de estrés) intensa y prolongada en el tiempo, conductas de evitación, etc.

A lo largo del capítulo se han presentado varias claves que pueden guiar y orientar en la detección y manejo de la ansiedad en el adolescente. Por ejemplo: estar atentos a los distintos tipos de síntomas que pueden presentar, observar conductas evitativas y tranquilizadoras, validar los sentimientos y hablar abiertamente, adoptar actitudes que les ayuden a afrontar el miedo desadaptativo. No obstante, hay que tener presente que si estas indicaciones no son suficientes y el adolescente continúa sufriendo de manera significativa, habrá que derivar a servicios especializados de salud mental (psicología clínica o psiquiatría), dado que disponemos de tratamientos eficaces que pueden ayudar al adolescente a adquirir estrategias de comprensión y de gestión de su malestar, que le permitirán reducir significativamente la ansiedad y disfrutar de una mejor calidad de vida.

Referencias bibliográficas

- Amigo, I., Fernández, C., y Pérez, M. (2009). Manual de psicología de la salud. Madrid: ediciones Pirámide.
- Caballo, V. E., & Simon, M. A. (2001). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos generales*. Pirámide.
- Cabral, M. D., & Patel, D. R. (2020). Risk factors and prevention strategies for anxiety disorders in childhood and adolescence. In *Anxiety Disorders* (pp. 543-559). Springer, Singapore.
- Ezpeleta, L., & Trallero, J. T. (2014). *Psicopatología del desarrollo*. Ediciones Pirámide.
- Fisak, B. J., Richard, D., & Mann, A. (2011). The prevention of child and adolescent anxiety: A meta-analytic review. *Prevention Science, 12*(3), 255-268.
- Georgiades, K., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49*(10), 980-989.
- Kimball, H. & Cohen, Y. (2019). Children's Mental Health Report: Social Media, Gaming and Mental Health. New York: Child Mind Institute.
- Mardomingo, M. J. (2005). Trastornos de ansiedad en el adolescente. *Pediatría integral, 9*(2), 125-134.
- Mateo, C. M., & Mateo, J. M. M. (2016). *Cómo potenciar las emociones positivas y afrontar las negativas*. Ediciones Pirámide.
- Rapee, R. (2012). Anxiety disorders in children and adolescents: Nature, development, treatment and prevention. En: Rey JM (editor). IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.
- Rey JM (editor). IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.
- Rey, J. M., & Omigbodun, O.. (2015). International dissemination of evidence-based practice, open access and the IACAPAP textbook of child and adolescent mental health. *Child and adolescent psychiatry and mental health, 9*(1), 51.
- Siegel, R. S., & Dickstein, D. P. (2012). Anxiety in adolescents: Update on its diagnosis and treatment for primary care providers. *Adolescent health, medicine and therapeutics, 3*, 1.
- Waters, A. M., & Craske, M. G. (2016). Towards a cognitive-learning formulation of youth anxiety: A narrative review of theory and evidence and implications for treatment. *Clinical Psychology Review, 50*, 50-66.

6. ¿Estado de ánimo cambiante? Depresión y trastornos afectivos

Soledad Romero.

PhD. Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil, Hospital Clínic de Barcelona. CIBERSAM, IDIBAPS.

Iria Méndez.

Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil, Hospital Clínic de Barcelona.

Desde hace algunos meses María se está sintiendo diferente. María tiene muchos amigos, le gusta mucho quedar con ellos, ir de compras y también juega en un equipo de básquet.

Sin embargo, en las últimas semanas, María no ha querido quedar con nadie los fines de semana, a pesar de que sus amigos le habían insistido, ella no ha ido, *no tiene ganas*. Sus amigos piensan que María está enfadada con ellos. Pero no es ese el motivo, de hecho a María se le hace muy difícil explicar qué le pasa, no tiene ganas de salir, no le apetece, *no se lo pasa bien*.

No sabe porqué, pero *ya no disfruta con nada*, ni tiene ganas de nada, solo quiere estar en su habitación, sola, durmiendo todo el día.

Pero quedarse en su casa no es el único cambio en María. Siempre había sido buena estudiante, pero en las últimas semanas está suspendiendo algunos exámenes. Sus padres están enfadados con ella y le riñen por no esforzarse, pero María ha perdido toda *su concentración*. Incluso pequeños ejercicios le resultan muy difíciles de hacer, y no tiene ganas ni energía suficiente para acabar los deberes a tiempo.



También su apetito ha cambiado. No siente hambre y ha empezado a saltarse algunas comidas, aunque en casa intenta esforzarse para que sus padres no se preocupen. *No duerme como antes*, se despierta muy temprano sin razón aparente, y luego, por más que se sienta cansada durante el día, cuando llega la noche no es capaz de conciliar el sueño. Lloro muy a menudo, a veces sin ninguna razón, de repente, casi sin sentido. Además se siente muy apesadumbrada, siempre triste, preocupada por algo que no sabe expresar, como si el futuro ya no tuviese mucho sentido. Tiene miedo y *se altera fácilmente*, y reconoce que discute con sus padres más de lo habitual, como si todo le pareciera mal.

Sus padres están preocupados. Notan cambios en María, pero no saben porqué. Han intentado acercarse a ella de distintas maneras pero ella se ha encerrado mucho en sí misma y parece que no quiera o no pueda hablar. Cuando le preguntan directamente no responde, y ni participa cuando intentan iniciar una conversación coloquial. Han probado a enfadarse y regañarla, pero tampoco ven respuesta en ella.

Tanto María como sus padres están perdidos. Ven cambios pero no entienden porqué. No saben que lo que pasa es que María tiene un trastorno llamado depresión.

¿Qué es la depresión? ¿Qué son los trastornos afectivos?



Los principales trastornos afectivos engloban a los trastornos depresivos (depresión mayor, distimia y depresión no especificada) y el trastorno bipolar.

La depresión forma parte de los llamados trastornos afectivos que se caracterizan por una alteración persistente en la capacidad de nuestro cerebro para regular nuestras emociones y nuestro estado de ánimo. Los principales trastornos afectivos engloban a los trastornos depresivos (depresión mayor, distimia y depresión no especificada) y el trastorno bipolar.

La depresión es la manifestación más frecuente de los trastornos afectivos y engloba una serie de síntomas que afectan a:

- El estado de ánimo: es triste o irritable.
- La motivación: falta de interés y de energía. Incapacidad para disfrutar de cosas que antes provocaban placer.
- El pensamiento: es pesimista, restringido, indeciso.
- El cuerpo: cambios en el apetito y el sueño.
- La percepción sobre uno mismo: inutilidad, culpa, desesperanza.

Los trastornos afectivos se diagnostican cuando se cumplen una serie de criterios clínicos que están consensuados en los tratados diagnósticos que son la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) (en Europa) y el DSM (Estados Unidos). A pesar de importantes avances en neuroimagen u otros marcadores genéticos y biológicos por el momento, el diagnóstico es exclusivamente clínico.

Por ello han de cumplirse una serie de síntomas para que los clínicos establezcan el diagnóstico. Los síntomas tal y como se especifican en los tratados diagnósticos que utilizan los clínicos son los siguientes:

1. Estado de ánimo deprimido o tristeza la mayor parte del tiempo (para lo que no parecería haber motivos); en niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades.
3. Pérdida o aumento considerable de peso.
4. Cambios considerables en los patrones de sueño (incapacidad para dormirse, permanecer despierto o levantarse por la mañana).
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
6. Falta de energía y sensación de cansancio permanente.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones.
9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado. Intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.



La depresión es algo más que sentirse melancólico, triste o de mal humor de vez en cuando.

Para hacer el diagnóstico de depresión se requiere que al menos cinco de estos síntomas estén presentes y que al menos uno de ellos sea el 1 o el 2. Estos síntomas han de estar presentes la mayor parte del día y durante varios días (al menos dos semanas).



Es muy importante tener todos estos criterios en mente, ya que en ocasiones un niño o adolescente puede expresar que está triste, pero se levanta, se arregla, va al colegio, hace sus deberes, juega con sus amigos y cumple con sus tareas y el apetito y el sueño están conservados, por lo que no podemos hablar de depresión.

La tristeza en sí es una emoción necesaria y es importante darle espacio y escucharla ya que nos podrá dar pistas sobre pérdidas o necesidades que pueda tener ese niño. Toda persona tiene fluctuaciones del estado anímico y la tristeza ocasional es una emoción normal. Las tensiones normales de la vida pueden llevar a los niños o adolescentes a sentirse tristes de vez en cuando. Eventos como una discusión con un amigo, una separación, un mal resultado en un examen, no ser elegidos en un deporte, el traslado de un amigo fuera de la ciudad o la muerte de un ser querido pueden derivar en sentimientos de tristeza, dolor, desilusión o aflicción. Estas reacciones suelen ser breves y desaparecen con el tiempo y el afecto.

En cambio, la depresión es algo más que sentirse melancólico, triste o de mal humor de tanto en tanto. La depresión es un estado de ánimo intenso que dura semanas, meses o incluso más. Para realizar un diagnóstico de depresión, los síntomas han de causar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, escolar u otras áreas del funcionamiento.

Los síntomas depresivos existen a lo largo de diferentes edades, preescolar, escolar y adolescentes (ver tabla 9) y se caracterizan por los mismos síntomas que en adultos ajustando la manifestación a la edad (más que observar síntomas diferentes).

Tabla 9. Principales síntomas depresivos en niños y adolescentes.

Fuente: elaboración propia.

Niños	Adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> • Más síntomas de ansiedad (por ejemplo fobias, ansiedad de separación), somatizaciones y alucinaciones auditivas. • Depresión se expresa como rabietas frecuentes y problemas conductuales. • Menor frecuencia de síntomas delirantes y tentativas suicidas graves. • Durante la niñez media, preocupaciones con la muerte, baja autoestima, tendencia al aislamiento/rechazo social y mal rendimiento escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor número de cogniciones negativas/depresivas que los niños. • Mayor evidencia de sentimientos de culpa y desesperanza. Endogenicidad /melancolía. • Mayor alteración del sueño, y apetito, síntomas psicóticos, y conducta suicida. • Comparado con los adultos, mayor número de problemas conductuales y menores alteraciones neurovegetativas.

Una de las principales características de la depresión es la aparición de un síntoma llamado anhedonia que se caracteriza por una pérdida de la capacidad de obtener placer y resulta uno de los síntomas que más desconcierta a los niños y adolescentes con depresión. Con frecuencia expresan que “se aburren” o que “ya no me lo paso bien cuando estoy con mis amigos” o “antes me gustaba hacer deporte y ya no disfruto”. Este síntoma genera un marcado malestar y está detrás del abandono de las actividades y la desesperanza.

La depresión también incluye otros síntomas como por ejemplo la disforia, que puede manifestarse en los niños con irritabilidad, y ser observable por otros puesto que afecta a la conducta del niño (por ejemplo huida, llantos, oposicionismo, protestas, tics, aislamiento, hiperactividad, inmovilidad, agresiones, etc.).

Otros síntomas no son observables y solo son accesibles por información verbal (por ejemplo desánimo, falta de interés, sentimientos de fracaso, de culpa, etc.).

Es necesario tener en cuenta que no existe un único tipo de depresión. Algunas veces la depresión ocurre de forma repentina, con un inicio agudo y una resolución aguda, que puede ser seguida de posibles nuevos episodios en el futuro de curso similar. Esto sería la llamada depresión mayor.

En otras ocasiones la depresión aparece de forma más lenta y persistente, durante meses e incluso años, sin que haya ni claros momentos de empeoramiento ni momentos de mejoría, como si estuviésemos constantemente un poco tristes. Esta forma de depresión se llama distimia.

Por último, algunas depresiones podrían ser el debut de un trastorno bipolar. Podríamos decir que serían episodios afectivos que muestran dos caras, alternándose de forma periódica episodios de depresión con episodios de manía o hipomanía. Los episodios de manía son totalmente opuestos a la depresión y se caracterizan por una euforia desmesurada, sentimientos de superioridad frente a los demás o ideas de grandiosidad (por ejemplo el más rico del mundo, el más guapo, el más inteligente etc.), un incremento de la energía, con múltiples planes y proyectos, incremento de la creatividad, disminución de la necesidad de dormir durante días sin sentirse cansado por ello, un aumento de la libido que puede llevar a conductas como promiscuidad sexual o aumento de la masturbación, disminución de la percepción del riesgo, con conductas muy arriesgadas, sintiéndose como si uno estuviese en la “cresta de la ola”.

Cuando aparecen los episodios de manía estaríamos ante lo que se denomina un trastorno bipolar o enfermedad maniaco depresiva, precisando algunos cambios en el abordaje terapéutico.



La anhedonia (pérdida de la capacidad de obtener placer) es una de las principales características de la depresión.

¿Todo el mundo puede tener una depresión? ¿Puede pasar en mi familia?



Se estima que hasta un 30 % de la población mundial tendrá algún episodio depresivo en un momento de su vida.

Hoy en día se calcula que hasta un 30 % de la población mundial tendrá algún episodio depresivo en un momento de su vida. Parece que con la edad aumentaría el riesgo de depresión, especialmente entre los 20 - 40 años. Con respecto a los menores, los estudios indican que entre un 1-2 % de los niños y un 3-8 % de los adolescentes presentan un trastorno depresivo. La proporción por sexo sería de 1:1 en niños y 2:1 (femenino vs. masculino) en adolescentes.

La depresión puede aparecer en todas las culturas, niveles económicos y etnias. Entre los preadolescentes y los ancianos parece que afectaría más a los varones, mientras que durante la adolescencia y la vida adulta más a las mujeres, probablemente por un componente hormonal.

La depresión es una condición recurrente en niños y adolescentes. Normalmente hasta un 40 % de los adolescentes presentarán un segundo episodio en dos años y un 75 % en los cinco años. Se asocia a una disminución significativa del funcionamiento académico en la escuela, aumento del abuso de drogas y de suicidio consumado, siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad en la edad pediátrica en las sociedades desarrolladas.

Las condiciones de vida que aumentan el bienestar material y la calidad de vida no afectan al grado de felicidad siendo la insatisfacción un sentimiento al alza. Se trata de un fenómeno paradójico y se argumenta que podría ser porque se conoce más sobre la depresión o porque hay mayor concienciación, pero todo parece indicar que la depresión aumenta en las sociedades más desarrolladas y podría estar en relación con determinados factores de riesgo que tienen que ver con los cambios sociales experimentados en los últimos años. En la adolescencia por ejemplo, la introducción de *smartphones* en el 2007 y generalización de su uso en el 2015, y el desarrollo de redes sociales convirtiéndose en la principal forma de conexión entre iguales, se correlaciona con un claro aumento de la prevalencia de la depresión en adolescentes en esa misma época.

¿Cuáles son las causas de la depresión?

Como en la mayoría de las enfermedades, no existe una única causa para la depresión. Las causas de la depresión combinan factores biológicos, genéticos, psicológicos y ambientales.

Entre las causas biológicas destacan cambios que se producen en la neurotransmisión cerebral y en los circuitos cerebrales responsables de la modulación emocional y de la actividad del sistema límbico responsable de la activación emocional. Algunos cerebros sencillamente están predispuestos a presentar diferencias en producción de serotonina y otros neurotransmisores, o diferencias en los receptores de superficie, o en su secreción que los hacen más vulnerables a la aparición de los trastornos afectivos.

Si en nuestra familia hay antecedentes de depresión, es posible que haya un gen en la familia que altere este funcionamiento. Diversos estudios muestran como determinados genes están implicados en la aparición de sintomatología depresiva, si bien para que aparezca la depresión ha de haber una interacción de estos genes con factores del ambiente (por ejemplo, estrés psicosocial). Podríamos decir que se puede heredar la "vulnerabilidad" a tener depresión, pero tendrán que ocurrir otros factores ambientales para acabar padeciendo depresión.

Como hemos visto en el capítulo *Neurodesarrollo cerebral. Los cambios en el cerebro del adolescente*, al inicio de la pubertad se produce un incremento en la reactividad de los sistemas neuronales subcorticales (responsable de la activación emocional) y no es hasta la adolescencia tardía, adulto joven, que se produce una maduración de los sistemas corticales encargados de la modulación de las emociones. Existiendo por tanto un desajuste entre estos dos sistemas durante la adolescencia y aumentando el riesgo de desregulación emocional. Estos cambios propios del neurodesarrollo normalmente están mediados por factores hormonales, lo que explica el porqué mucha gente experimenta un primer episodio depresivo durante la pubertad.

Como decíamos, algunos tipos de depresión son hereditarios, lo que sugiere que se puede heredar una vulnerabilidad biológica. En el trastorno bipolar es más claro el componente genético, encontrándose, en los estudios de familias en las que miembros de cada generación desarrollan trastorno bipolar, que tienen una estructura genética algo diferente a los que no se enferman. Sin embargo, lo contrario no es cierto: no todas las personas con la estructura genética que causa la vulnerabilidad a trastornos afectivos tendrán la enfermedad. Estos factores adicionales, que incluyen estresores en el hogar, el trabajo o la escuela, están involucrados en su aparición.



Las causas de la depresión combinan factores biológicos, genéticos, psicológicos y ambientales.



Las causas psicológicas pueden incluir sentimientos de impotencia y vulnerabilidad, ira, desesperanza y tendencia al pesimismo y baja autoestima. Pueden estar relacionados con patrones de comportamiento y carácter anormales y relaciones personales problemáticas. En muchos pacientes, la historia identifica una pérdida personal específica o un factor estresante severo que probablemente interactúe con la predisposición de la persona a provocar una depresión mayor. Las personas que tienen baja autoestima, que constantemente se ven a sí mismas y al mundo con pesimismo o que se sienten abrumadas fácilmente por el estrés, son propensas a la depresión.

Entre los factores ambientales destacarían nuestro entorno social, los problemas y desgracias que nos toquen sufrir. Si en nuestra vida empiezan a aparecer muchas complicaciones (por ejemplo padres con problemas, presenciar muchas discusiones o peleas en casa, dificultades económicas, cambio de ciudad o de país, múltiples hospitalizaciones o problemas crónicos de salud, situaciones provocadas como causa de la pandemia de la COVID-19 etc.), o situaciones de elevado impacto emocional (por ejemplo la muerte de alguien muy cercano, una catástrofe natural como un terremoto, un accidente, cualquier forma de abuso físico, sexual o emocional, etc.), presentaremos mayor predisposición que si tenemos una vida tranquila, en la que nos sentimos seguros y nos dan cariño y afecto.

En general los precipitantes que aparecen hasta los seis años de edad suelen ser dentro del seno familiar. La relación con padres y hermanos es el eje de sus motivaciones y por tanto fuente de sus sentimientos negativos. El apego equilibrado durante los tres primeros años es una base sólida para la constitución de una afectividad sana y prevención de la depresión.

A partir de los seis años los factores ambientales estarían más relacionados con la escuela y los iguales y los desajustes en estas interacciones se convierten en fuentes de preocupación. Es por ello importante evitar comparaciones y exigencias poco acordes con la capacidad de un niño ya que puede potenciar emociones negativas y el deficiente afrontamiento de las tareas propias de la edad. Por ejemplo un factor ambiental precipitante de depresión sería el acoso escolar siendo por tanto muy importante para la prevención de depresión la implantación de protocolos en las escuelas de prevención del acoso escolar.

La depresión también puede ser secundaria a una condición médica específica y por ello estaría indicado descartar alteraciones en la función tiroidea, presencia de anemia u otras alteraciones hormonales y metabólicas.

A veces, los medicamentos recetados para afecciones médicas y psiquiátricas, así como muchas sustancias de las que se abusa con frecuencia, también pueden causar depresión. Los ejemplos incluyen antihipertensivos, psicotrópicos, analgésicos narcóticos y no narcóticos, fármacos antiparkinsonianos, numerosos medicamentos cardiovasculares, antidiabéticos orales, antimicrobianos, esteroides, agentes quimioterapéuticos, cimetidina y alcohol.

Es importante recordar que todos los trastornos depresivos son condiciones tratables.



Es importante recordar que todos los trastornos depresivos son condiciones tratables.

Además de la depresión

En la adolescencia es frecuente que los trastornos afectivos se presenten conjuntamente con otros problemas, siendo la clínica más heterogénea que la observada en adultos. La coexistencia de otros trastornos se denomina comorbilidad y afecta al curso, a la gravedad y al pronóstico del trastorno efectivo. Por ello es importante detectar si existe comorbilidad para poder diseñar el abordaje terapéutico más adecuado.

En general, la depresión en adolescentes se puede asociar con trastorno de conducta, mayor carga familiar de trastornos afectivos, mayor riesgo de abuso de tóxicos y problemas de conducta alimentaria (ver capítulo *Cuando la relación con la comida cambia (anorexia y bulimia)* para más información). En la figura 9 se muestran los problemas que suelen aparecer asociados a los trastornos afectivos en la adolescencia.

Figura 9. Problemas asociados a los trastornos afectivos en la adolescencia.

Fuente: elaboración propia.



De hecho, la mayoría de los niños y adolescentes (40 - 90 %) con depresión mayor presentan asociado una comorbilidad, y entre un 25 - 50 % tienen dos o más comorbilidades. Entre las comorbilidades más frecuentes estarían la distimia y los trastornos de ansiedad (30 - 80 %), los trastornos disruptivos (10 - 80 %) y el trastorno por uso de sustancias (20 - 30 %).

En general, la depresión suele aparecer después del inicio de otro trastorno psiquiátrico, (por ejemplo, secundario a un trastorno de ansiedad). En cambio, el abuso de sustancias suele aparecer secundario a la sintomatología depresiva (primero aparece la depresión, después el abuso de sustancias), siendo una de las principales complicaciones de los trastornos afectivos.

El trastorno de conducta también puede desarrollarse secundario a la depresión y persistir después de que la depresión haya sido tratada.

Normalmente vemos que la asociación con la ansiedad por separación es más común en niños, mientras que el consumo de tóxicos, el trastorno de conducta, la fobia social y el trastorno de ansiedad generalizada son más comunes en adolescentes.

El abordaje terapéutico de los trastornos afectivos

Como hemos visto, los trastornos afectivos afectan al cuerpo, al estado de ánimo y a los pensamientos. Afecta la forma en que una persona come y duerme, la forma en que uno se siente consigo mismo y la forma en que piensa sobre las cosas. Como se ha comentado previamente, un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado de ánimo triste pasajero. No es un signo de debilidad personal o una condición que pueda desearse o dejar de tener.

Las personas con una enfermedad depresiva no pueden simplemente “recuperarse” y mejorar. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses o años. Sin embargo, un tratamiento adecuado puede ayudar a la mayoría de las personas que sufren de depresión.

La depresión se cura, e incluso las depresiones más graves pueden recibir ayuda. Actualmente existen medicamentos y terapias psicosociales como las cognitivas/conductuales, las “conversacionales” o las interpersonales que alivian el dolor de la depresión.

Tratar la depresión es especialmente importante porque le afecta a la persona que la padece, a su familia y a su entorno. El cambio no se producirá de la noche a la mañana, pero con el tratamiento adecuado, se puede evitar que la depresión eclipse su vida.

Durante la adolescencia todavía se está formando la personalidad del individuo y las experiencias o conductas que asimilamos en esta etapa pueden generalizarse en la etapa de adulto, pudiendo cronificarse patrones de conducta desadaptados. Además del trastorno en sí, hay efectos adicionales que pueden causar problemas de por vida. Con la depresión se produce disminución de la energía y problemas de concentración, que son síntomas que pueden tener un impacto en el funcionamiento social y académico. El impacto a nivel académico debilita la confianza e imagen de sí mismo que tiene el niño, y puede repercutir en su vida futura si se prolonga. Pero el aprendizaje social es tan crítico como el aprendizaje académico en la adolescencia. Las deficiencias en las habilidades sociales no solo ponen a los adolescentes deprimidos detrás de sus iguales, sino que, en ellos mismos, puede agravar la depresión.

Por otro lado, si la depresión no se trata, puede complicarse con consumo de tóxicos o empeorar hasta el punto de convertirse en una amenaza para la vida por la posibilidad de aparición de autolesiones (ver capítulo *¿Por qué te haces daño? Introducción a la conducta autolesiva y a su abordaje para padres y educadores*) o conductas suicidas.



Es frecuente en la adolescencia que los trastornos afectivos se presenten conjuntamente con otros problemas.



Tratar la depresión es especialmente importante porque afecta a la persona que la sufre, a su familia y a su entorno.

Desde el inicio del tratamiento es muy importante la psicoeducación al menor, a los padres y a los profesores. Entender el trastorno y lo que está ocurriendo nos ayuda a combatir el estigma asociado a la depresión, además de poder apoyar al joven en el tratamiento. Es muy importante también abordar todos los temas relacionados con la salud mental de los padres (y otros miembros de la familia) que deberán ser identificados e idealmente tratados. Muchas veces el foco se pone en el niño o el adolescente. Sin embargo, otros miembros de la familia presentan problemas de salud mental y tienen dificultades para aceptar ayuda, pudiendo ser éste un factor que cronifica y mantiene la sintomatología depresiva en el adolescente.

A continuación se presentan las formas más comunes y efectivas de tratar la depresión en los adolescentes.

La psicoterapia

La psicoterapia está especialmente indicada en los trastornos depresivos. La psicoterapia brinda a los niños y adolescentes la oportunidad de explorar eventos y sentimientos que les resultan dolorosos o inquietantes. La psicoterapia también les enseña habilidades de afrontamiento. A veces simplemente hablar de las emociones y de soporte emocional son suficientes para que se produzca una mejoría. En la depresión mayor las psicoterapias que han mostrado mayor eficacia son:

- La terapia cognitivo-conductual (TCC) que combina dos tipos de psicoterapia muy eficaces: la terapia cognitiva y la terapia conductual. La terapia cognitivo-conductual se fundamenta en la idea de que una persona que esté sufriendo de un trastorno del estado de ánimo está atrapada en un patrón de pensamiento negativo. Los niños deprimidos tienden a autoevaluarse de forma negativa, interpretar las acciones de otros de forma negativa y suponer el resultado más oscuro posible de los eventos. En la TCC se enseña a los que la sufren a desafiar esos pensamientos negativos, a reconocer el patrón y a autoentrenarse para pensar más allá de ellos.
- La psicoterapia interpersonal (IPT) es una de las terapias a corto plazo que ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de la depresión adolescente. La terapia interpersonal se enfoca en cómo desarrollar relaciones más saludables en el hogar y en la escuela.

Medicamentos

Si la depresión es moderada a severa, el tratamiento puede implicar medicamentos, tales como antidepresivos. Generalmente, una combinación de psicoterapia y medicamentos funciona mejor que cualquiera de ellas sola. En el caso del trastorno bipolar la medicación es necesaria para el control de los síntomas.

Para el tratamiento de la depresión hay diferentes tipos de medicamentos antidepresivos disponibles. Investigaciones recientes indican que los jóvenes con trastornos depresivos pueden responder más favorablemente a los llamados inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) que a otros antidepresivos. Los fármacos que han demostrado mayor eficacia son la fluoxetina y el escitalopram. Cabe señalar que los estudios que se han realizado también muestran respuestas elevadas al placebo sobre todo en depresión leve, encontrándose que a mayor severidad de la depresión, mayor respuesta a los antidepresivos con respecto al placebo.

En cambio, los tratamientos que se utilizan para el trastorno bipolar difieren de los que se usan para el trastorno depresivo. Salvo excepciones, los antidepresivos no estarían indicados en el tratamiento pues pueden desencadenar síntomas de manía.

El tratamiento de elección son los llamados estabilizadores del ánimo, siendo el carbonato de litio uno de los fármacos más conocidos y eficaces en estabilizar el ánimo. Otros fármacos que se utilizan con frecuencia son los anticonvulsionantes (valproato y lamotrigina) y los antipsicóticos atípicos (como estabilizadores del ánimo o como antipsicóticos cuando el trastorno bipolar aparece con síntomas psicóticos).

Es necesario realizar un buen diagnóstico diferencial y en muchas ocasiones los episodios de manía aparecen más tarde que los depresivos. Por ello en ocasiones puede ocurrir que se esté tratando un episodio depresivo y aparezca en la evolución el episodio de manía. Esto puede ocurrir en un 20 % de las depresiones mayores que debutan en la adolescencia, sobre todo si son severas, si se presentan con síntomas psicóticos o si existen antecedentes familiares de trastorno bipolar.



Las formas más efectivas para tratar la depresión son la psicoterapia y el tratamiento farmacológico.



Es importante personalizar el tratamiento según la severidad de la depresión y afectación en el funcionamiento.

A modo de conclusión

- Los trastornos afectivos suelen debutar en la adolescencia siendo la forma más frecuente de presentación la depresión.
- Los síntomas de alarma que nos harían sospechar de la presencia de un trastorno afectivo incluyen un estado de ánimo persistente triste o irritable, junto con una disminución de la energía, abandono de actividades, tendencia al aislamiento, bajada del rendimiento escolar y cambios en el apetito y el sueño.
- Los trastornos afectivos son condiciones tratables. El tratamiento funciona, pero puede tomar algunas semanas.
- Es importante realizar un adecuado tratamiento ante la presencia de un trastorno afectivo en la adolescencia. Si no se trata, el trastorno afectivo puede afectar el desarrollo de habilidades sociales, emocionales y cognitivas.
- Es importante personalizar el tratamiento según la severidad de la depresión y afectación en el funcionamiento, las comorbilidades asociadas, las conductas (autolesiones, conducta suicida) y la historia de aprendizaje.
- Se han de tener en cuenta los posibles estresores ambientales (bullying, abuso, problemas de identidad sexual, conflicto familiar o depresión en progenitor) en el abordaje terapéutico.
- Es importante valorar si existen comorbilidades ya que son frecuentes en los trastornos afectivos e influyen en la evolución, y vigilar la aparición de sintomatología (hipo)maniaca (sugestivo de trastorno bipolar).
- La familia se ha de incluir dentro del abordaje terapéutico, pues el entorno es clave como factor de recuperación o de mantenimiento de las conductas disfuncionales o ambos.
- En la depresión leve o moderada se recomienda comenzar por visitas de apoyo, higiene del sueño y psicoeducación.
- La TCC está indicada en combinación con tratamiento farmacológico en depresión moderada-severa.
- Los ISRS son eficaces en el tratamiento de la depresión mayor. El ISRS que ha demostrado mayor eficacia en niños y adolescentes es la fluoxetina.
- La psicoterapia es crucial en esta época pues existe una importante plasticidad cerebral y de asentamiento de aprendizajes. Puede prevenir la aparición de patrones disfuncionales de conducta.
- La farmacoterapia ayuda en el control de síntomas siendo limitada en situaciones de disfunción ambiental o historia de trauma, donde otros abordajes complementarios estarían indicados.

Si se sospecha en un niño o adolescente la presencia de un trastorno afectivo se puede consultar con el pediatra o médico de familia que podrá orientar y determinar si precisa valoración con un especialista en salud mental.

Referencias bibliográficas

Beardslee WR, Gladstone TRG, O'Connor EE. Developmental Risk of Depression: Experience Matters. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [Internet]. 2012;21(2):261–78. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2011.12.001>

Cummings CM, Caporino NE, Kendall PC. Adolescents : 20 Years After. *Psychological Bull.* 2014;140(3):816–45.

Ezpeleta L, Toro J. *Psicopatología del desarrollo*. 01a edició. Pirámide; 2014. 616 p.

Sakolsky D, Birmaher B. Developmentally Informed Pharmacotherapy for Child and Adolescent Depressive Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [Internet]. 2012;21(2):313–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2012.01.005>

Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet* [Internet]. 2012;379(9820):1056–67. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60871-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4)

Webs de interés:

- AACAP: https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Resource_Centers/Depression_Resource_Center/Depression_Resource_Center.aspx
- Child Mind Institute: <https://childmind.org/article/cuales-son-los-sintomas-de-depresion-en-los-adolescentes/>; <https://childmind.org/article/causan-depresion-las-redes-sociales/>
- Depression Guide: <http://www.depression-guide.com>
- Healthy Children: <https://www.healthychildren.org/spanish/health-issues/conditions/emotional-problems/paginas/childhood-depression-what-parents-can-do-to-help.aspx>
- Help Guide: <https://www.helpguide.org/articles/depression/parents-guide-to-teen-depression.htm>

7. Cuando la percepción del mundo cambia (psicosis)

Montse Dolz.

Psiquiatra infantil y juvenil. Jefa del Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

Jordina Tor.

PhD. Psicóloga Investigadora. Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

Miguel tiene catorce años y vive con sus padres y hermano pequeño. Va al instituto. Juega a Hockey y toca el violín. Le gusta disfrutar de la montaña.

Un día sin saber ni cómo ni por qué, el mundo le parecía un lugar diferente de como lo había visto hasta ahora. Era como si de repente viviera otra realidad. El tiempo pasaba extrañamente diferente y más lento de lo habitual. Algo estaba pasando y él no le encontraba el motivo.



Cuando iba por la calle tenía la sensación de que las personas le miraban mal y que, cuando establecían contacto visual, podían leer sus pensamientos. Creía que algunas personas formaban parte de un complot mundial que querían controlar la humanidad. Un día, observando a su padre, pensó que él también estaba implicado. Tenía mucho miedo. Él quiere mucho a su padre. También le pasaba con su profesor de música y comenzó a poner excusas para no ir. Cada vez tenía más miedo.

Pocos días después, comenzó a sentir unas voces que le insultaban. Y las sentía de vez en cuando. Cada vez tenía más miedo y no lo quería compartir con nadie. De repente, cuando escuchaba la radio creyó que le enviaban mensajes cifrados. Poco a poco sentía que su mundo se rompía. En casa lo veían más aislado, decía que no quería salir a la calle y les decía muy a

menudo que fueran con cuidado. Estaba más irritable y le empezó a costar dormir y descuidaba su higiene. Un día dijo que ya no quería ir al instituto, creía que sus compañeros también estaban implicados en el complot.

Miguel experimentó un episodio psicótico. Después de un ingreso hospitalario, fue recuperándose. Sigue tratamiento farmacológico y psicológico. Ha podido reanudar su actividad tanto académica como social poco a poco. Ha podido aprender a diferenciar la sintomatología psicótica por si reaparece poderla controlar. Se está preparando para el bachillerato.

¿Qué son los trastornos psicóticos?



Los síntomas psicóticos comportan en la persona que los sufre una desconexión o distorsión de la realidad.

Los trastornos psicóticos son un conjunto de enfermedades mentales graves y complejas que suelen manifestarse durante el período de transición de la infancia a la vida adulta. Se caracterizan por la presencia de sintomatología de la esfera psicótica como núcleo de la enfermedad. Los síntomas psicóticos comportan en la persona que los sufre una desconexión o distorsión de la realidad, generando en el individuo pensamientos y percepciones que a menudo no concuerdan con la realidad que todos podemos percibir.

A nivel general, estos síntomas provocan una alteración en el pensamiento y la percepción (visual, auditiva, olfativa y/o táctil), así como un conjunto de dificultades emocionales y conductuales que provocan elevado estrés y sufrimiento en la persona afectada y a su entorno. Cuando una persona muestra estos síntomas se dice que presenta un episodio psicótico o un brote psicótico.

Dentro de los trastornos psicóticos, la enfermedad más conocida y estudiada es la esquizofrenia; ésta es, a rasgos generales, la que tiene una presentación más grave y genera más dificultades en todas las esferas de la vida de la persona.

Hay otros trastornos psicóticos como el trastorno psicótico breve o la esquizoafectivo, entre otros. Todos los trastornos psicóticos tienen como rasgo común la presencia de síntomas psicóticos que conllevan una distorsión de la realidad.

Sin embargo, los síntomas psicóticos también pueden presentarse de forma aislada o de forma breve y puntual en otras enfermedades mentales como por ejemplo en el trastorno bipolar o en la depresión mayor, así como también en otras enfermedades médicas.

Dada la complejidad de los trastornos psicóticos y de sus síntomas asociados, en primer lugar repasaremos cuáles son los síntomas psicóticos y como se muestran, y en segundo lugar veremos qué trastornos se identifican como trastornos psicóticos.



Síntomas psicóticos

Los síntomas psicóticos se caracterizan por una mala interpretación o distorsión de la realidad así como alteraciones emocionales y conductuales. Se diferencian dos grandes tipos de síntomas psicóticos: los positivos, que son los que conllevan una distorsión de la realidad; y los síntomas psicóticos negativos, aquellos que se manifiestan como dificultades en la esfera afectiva, social y de funcionamiento.

Síntomas psicóticos positivos:

Son aquellos síntomas que se manifiestan como una distorsión y/o desconexión de la realidad y una pérdida de juicio de la realidad, tal y como la entiende la mayor parte de la población. Están formados por tres grandes grupos de síntomas:

- **Delirios:** son creencias fijas y erróneas que la persona experimenta como ciertas e indiscutibles, incluso cuando hay pruebas en contra. El contenido de estas ideas puede tener diversas temáticas. Las más frecuentes suelen ser la persecutoria, que conlleva que el individuo piensa que le persiguen, que le miran por la calle, etc; o el delirio de referencia, que se da cuando la persona piensa que los eventos y/o los pensamientos de las personas están vinculados al individuo que sufre este síntoma, por ejemplo pensar que la gente piensa mal de él o que le miran mal, que una determinada noticia en la televisión va dirigida a él, que las otras personas pueden saber lo que piensa, entre otros.



Se diferencian dos tipos de síntomas psicóticos: los positivos (distorsión de la realidad) y los negativos (dificultades en la esfera afectiva, social y de funcionamiento).

- Alteraciones de la percepción o alucinaciones: las alucinaciones son experiencias sensoriales paranormales que se producen en ausencia de un estímulo real externo. El individuo las percibe como vívidas y claras, con la fuerza de una percepción normal. Pueden darse en todas las modalidades sensoriales (visual, auditiva, olfativa y táctil) pero las más comunes, y más aún en la adolescencia, son las alucinaciones auditivas.
- Desorganización del pensamiento y/o el comportamiento: la desorganización es un síntoma que puede afectar al pensamiento o al comportamiento, cuando la desorganización del pensamiento se muestra como una forma de hablar poco comprensible, con ideas inconexas o donde el habla no sigue un orden semántico adecuado ni un hilo de argumentación que pueda comprenderse, ocasionando que el discurso de la persona sea muy poco comprensible y poco coherente. Cuando la desorganización afecta al comportamiento, se puede observar que la persona se presenta muy inquieta o incluso agitada y violenta sin motivo aparente. Se puede mostrar, por ejemplo, un comportamiento que no está de acuerdo con la situación social en que nos encontramos, que está fuera de lugar, o es poco comprensible. A veces puede incluso darse una inmovilidad absoluta, mostrando mucha rigidez en el cuerpo.

Síntomas psicóticos negativos:

Los síntomas negativos son la causa principal de la disminución del funcionamiento de las personas con trastornos psicóticos. Los síntomas más frecuentes son:

- La expresión emocional disminuida o aplanada, que se observa cuando el paciente no presenta expresión emocional, y describe su emocionalidad como plana, como si no sintiera las emociones tan fuertes como de costumbre. Este síntoma es observable en la expresión facial, el contacto ocular, la tonalidad de la voz y los movimientos de todo el cuerpo de la persona que lo padece.
- La abulia-apatía se caracteriza por una disminución de la motivación en realizar actividades y un bajo interés en la participación de actividades sociales, académicas o laborales.
- La anhedonia hace referencia a la incapacidad o disminución de la capacidad de sentir placer. Normalmente se manifiesta primeramente por la disminución de la realización de actividades que anteriormente eran agradables y daban placer a la persona.

- La alogia se refiere a un empobrecimiento del pensamiento y de la cognición y que se puede observar en la persona que la sufre cuando su discurso se vuelve más simple y pobre.

Los síntomas negativos no aparecen en todos los trastornos psicóticos y cuando aparecen, no se mantienen igual en intensidad ni en duración a lo largo de la enfermedad.





Otros síntomas asociados a los trastornos psicóticos:

- Alteraciones del estado de ánimo: además de los síntomas ya mencionados, pueden aparecer alteraciones del estado de ánimo, como pueden ser la presencia de estado de ánimo bajo o síntomas depresivos o un estado de ánimo elevado o síntomas maníacos.
- Alteraciones emocionales: la presencia de síntomas depresivos, de ansiedad u otros síntomas asociados aparecen con frecuencia. Estos síntomas a menudo son las primeras manifestaciones de los trastornos psicóticos y por lo tanto es lo que primero se observa, sobre todo en el caso de los niños y adolescentes.
- Dificultades en el funcionamiento cognitivo: aparecen como síntomas propios de algunas de estas enfermedades dificultades en las funciones cognitivas. Las funciones cognitivas son los procesos mentales que nos permiten llevar a cabo el pensamiento y desarrollarnos en el día a día. Nos permiten recibir, procesar, almacenar, recuperar y transformar la información que nos llega del mundo. Dentro de estas funciones encontramos la atención, la memoria, el pensamiento, el lenguaje, las funciones ejecutivas, la cognición social, etc. La disminución en el rendimiento de estas funciones son inherentes a algunos de los trastornos psicóticos. El trastorno donde este déficit de las funciones cognitivas es más evidente es la esquizofrenia. El perfil del déficit que presentan los pacientes con esquizofrenia, aunque no sea siempre el mismo, suele estar vinculado a dificultades de memoria, atención y funcionamiento ejecutivo. Uno de los aspectos más importantes del deterioro que se observa en las funciones cognitivas de los pacientes con trastornos psicóticos, es que estas alteraciones están directamente vinculadas y afectan al funcionamiento global de la persona.

En la siguiente figura se recogen los principales síntomas asociados a los trastornos psicóticos:

Figura 10. Síntomas asociados a los trastornos psicóticos.

Fuente: elaboración propia.

SÍNTOMAS POSITIVOS		Ideas delirantes Alteraciones de la percepción / alucinaciones Desorganización del pensamiento y/o comportamiento
SÍNTOMAS NEGATIVOS		Expresión emocional disminuida o aplanada Apatía / Abulia Anhedonia Alogia
DÉFICIT COGNITIVO		Atención Memoria verbal / visual Funcionamiento ejecutivo
ALTERACIÓN ESTADO DE ÁNIMO		Síntomas depresivos Síntomas de manía o estado de ánimo elevado

Tipos de trastornos psicóticos

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (American Psychiatric Association. *et al.* 2014), en su quinta edición (DSM-5) se describe la categoría de “Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”. Dentro de esta categoría se identifican los siguientes trastornos:

Psicosis idiopáticas

Aquellas que se presentan de forma espontánea o sin una causa conocida:

- Trastorno delirante: se caracteriza por la presencia de delirios como núcleo de la enfermedad. En este trastorno los síntomas delirantes, excepto por el impacto directo del de las ideas delirantes, la actividad

psicosocial de la persona no está afectada de forma significativa, es decir, la persona que lo experimenta puede funcionar con relativa normalidad en la mayor parte de los ambientes. Por ejemplo, podría darse el caso de que una persona sufra un delirio relacionado con el entorno académico o laboral, por ejemplo pensar que uno de los compañeros de trabajo quiere envenenarlo y tiene intenciones negativas hacia la persona. En este sentido, el funcionamiento de la persona que padece el trastorno delirante únicamente se vería afectado en el trabajo, pero tendría un funcionamiento relativamente preservado en los otros entornos de su vida.

- Trastorno psicótico breve: este trastorno psicótico se caracteriza por la presencia de alguno de los síntomas psicóticos positivos mencionados, pero que tienen una duración corta en el tiempo. La duración de los síntomas debe ser mayor a un día, pero no excede a un mes.



La esquizofrenia es el trastorno más grave dentro de los trastornos psicóticos.



- Esquizofrenia: este trastorno es el más grave dentro de los trastornos psicóticos. Se caracteriza por la presencia de al menos uno de los síntomas psicóticos positivos explicados (delirios, alucinaciones y desorganización de la conducta). Además, esta enfermedad presenta también síntomas psicóticos negativos, déficits cognitivos y una disminución del funcionamiento académico o laboral. Para que se diagnostique esta enfermedad, los síntomas deben estar presentes durante más de seis meses.
- Trastorno esquizofreneiforme: en este trastorno se presentan síntomas iguales a la esquizofrenia pero a diferencia de la esquizofrenia en este caso los síntomas tienen una duración inferior a seis meses.

- Trastorno esquizoafectivo: este trastorno se caracteriza por presentar síntomas psicóticos positivos así como otros síntomas presentes en la esquizofrenia, pero también por la presencia de síntomas del estado de ánimo. Se diferencia de la esquizofrenia por la aparición de uno o más episodios de depresión o de manía (estado de ánimo elevado) durante la vida de la persona.

Psicosis debidas a una condición médica

En este subgrupo se engloban los pacientes que presentan síntomas psicóticos debidos a otra enfermedad. Algunos trastornos médicos como la epilepsia, los accidentes cardiovasculares, o enfermedades neurodegenerativas como las demencias, pueden tener dentro de sus síntomas los psicóticos como alucinaciones visuales u olfativas, delirios y otros síntomas.

Psicosis tóxicas

Son aquellos trastornos psicóticos que se desarrollan debido al consumo de sustancias tóxicas, ya sean sustancias ilegales como las drogas, o de otras sustancias como medicaciones o a algunas toxinas.

Además de estos trastornos, en algunos casos de otros trastornos mentales también pueden mostrar síntomas psicóticos. En este caso, los trastornos más vinculados a la presencia de síntomas psicóticos son el trastorno bipolar y el trastorno depresivo mayor.

- Trastorno bipolar: es un trastorno del estado de ánimo donde se presentan variaciones del mismo. Pueden darse episodios donde se presenta un estado de ánimo bajo o síntomas depresivos, o episodios donde se presenta un estado de ánimo elevado o de euforia, que se llama manía. En ambos tipos de episodios (depresivo o maniaco) pueden darse la presencia de síntomas psicóticos de tipo positivo asociados.
- Depresión con presencia de síntomas psicóticos: la depresión es un trastorno del estado de ánimo que a veces puede llegar a suponer una desconexión de la realidad y presentar síntomas psicóticos.

En la siguiente tabla se recogen los diagnósticos que recoge el Manual DSM-5, y sus características y síntomas asociados.

Tabla 10. Resumen de diagnósticos asociados a los trastornos psicóticos.

Fuente: elaboración propia.

Diagnósticos	Síntomas asociados	Otras características
• Trastorno psicótico breve	<ul style="list-style-type: none"> Síntomas positivos 	<ul style="list-style-type: none"> Duración inferior a un mes.
• Esquizofrenia	<ul style="list-style-type: none"> Presencia de síntomas positivos, negativos, deterioro cognitivo y dificultad en el funcionamiento en diversas áreas. 	<ul style="list-style-type: none"> Los síntomas se presentan durante más de seis meses. La persona experimenta dificultades en el funcionamiento psicosocial.
• Trastorno esquizofreneiforme	<ul style="list-style-type: none"> Presencia de síntomas psicóticos positivos, negativos. 	<ul style="list-style-type: none"> Los síntomas tienen una duración inferior a seis meses.
• Trastorno esquizoafectivo	<ul style="list-style-type: none"> Los síntomas psicóticos de tipo positivo aparecen conjuntamente con alteraciones del estado de ánimo de tipo depresión o manía. 	<ul style="list-style-type: none"> El diagnóstico no se puede realizar si no existen al menos dos episodios psicóticos.
• Trastorno delirante	<ul style="list-style-type: none"> Síntomas positivos de tipo ideación delirante. 	<ul style="list-style-type: none"> La persona no suele experimentar alteraciones del funcionamiento psicosocial, excepto el que se vincula con el delirio que presenta.
• Psicosis tóxicas	<ul style="list-style-type: none"> Presencia de síntomas de tipo positivo. 	<ul style="list-style-type: none"> Son debidas al consumo de sustancias tóxicas y los síntomas que presentan se pueden atribuir al consumo de las mismas.
• Trastorno psicótico no especificado	<ul style="list-style-type: none"> Presencia de síntomas psicóticos de tipo positivo. 	<ul style="list-style-type: none"> Por las características del trastorno, no se puede especificar ninguno de los otros diagnósticos.
• Trastorno depresivo con síntomas psicóticos	<ul style="list-style-type: none"> Presencia de síntomas del estado de ánimo de tipo depresivo y conjuntamente aparecen síntomas de tipo positivo. 	<ul style="list-style-type: none"> No se consideran trastornos psicóticos pero la presencia de estos síntomas puede ser un factor de gravedad.
• Trastorno bipolar con síntomas psicóticos	<ul style="list-style-type: none"> Trastorno del estado de ánimo donde aparecen síntomas de estado de ánimo bajo (depresivos) y de estado de ánimo elevado (manía). Pueden aparecer síntomas psicóticos en los dos estados. 	<ul style="list-style-type: none"> No se consideran trastornos psicóticos pero la presencia de estos síntomas puede ser un factor de gravedad.

¿Por qué cuando hablamos de trastornos psicóticos sobre todo se habla de esquizofrenia?

La esquizofrenia es, dentro de los trastornos psicóticos que acabamos de ver, el más grave y el que conlleva una disfuncionalidad más elevada. Igualmente, es la enfermedad que más síntomas negativos presenta, afectando gravemente al funcionamiento del individuo, y donde la cognición está más afectada. Sin embargo, como se ha expuesto en los párrafos anteriores, hay muchos más trastornos psicóticos, y la presencia de síntomas de la esfera psicótica, sobre todo los positivos, no siempre están vinculados o acabarán desarrollando una esquizofrenia. Sin embargo, hay que recordar que los síntomas psicóticos están asociados a un elevado malestar por la persona que los sufre, por lo que cuando aparezcan es importante pedir la opinión de un profesional.

Los síntomas psicóticos y los trastornos psicóticos en los niños y adolescentes



Los trastornos psicóticos aparecen a menudo en las franjas de edad que comprenden el paso de la infancia a la vida adulta.

Los trastornos psicóticos son enfermedades que se dan en la gran mayoría de los casos en las franjas de edad que comprenden el paso de la infancia a la vida adulta. El pico máximo de desarrollo se sitúa entre los dieciocho y treinta años. A menudo en los chicos se presenta a edades más tempranas (dieciocho - veinticinco años) y en las chicas se suele dar en una etapa más tardía de la vida (veinticinco - treinta y cinco años, mostrando también un pico de incidencia a los cuarenta años).

Sin embargo, hay veces que durante la adolescencia se presentan estas enfermedades. La adolescencia, por ser un período donde el crecimiento cerebral está en pleno desarrollo se ha observado que a menudo se da un incremento en la presencia de síntomas del tipo psicóticos leves o atenuados, como un proceso más vinculado a la maduración cerebral. Además, en la infancia, los delirios y las alucinaciones pueden ser menos elaboradas que las que se observan en la etapa adulta de la vida, las alucinaciones visuales son más frecuentes, y hay que tener en cuenta que hay que distinguir entre los síntomas del juego y de las fantasías propias de la edad.

Diversas investigaciones también han demostrado que en las etapas infantil y adolescente estas enfermedades a menudo se presentan de una manera más insidiosa o gradual, apareciendo primero síntomas más del tipo negativo y que afectan al funcionamiento, y más tarde los síntomas positivos.

Por otra parte, también hay que tener en cuenta que tener que explicar a los padres estos síntomas, a menudo no es fácil, ya que pueden ser vividos con mucho malestar. Por eso recordamos que es importante siempre pedir la opinión de un profesional ante la sospecha de alguno de los síntomas mencionados.

Síntomas psicóticos y su evolución

Epidemiología

Los niños y adolescentes con trastornos psicóticos representan un 0,3 % de la población infantil y juvenil, llegando a ser el 1 % de la población total al llegar a la edad adulta. A pesar de que la incidencia del trastorno no es equiparable a la de otros trastornos más frecuentes, la gravedad de esta enfermedad y el riesgo de cronicidad es tan elevada que en un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2004) sitúa la esquizofrenia en el noveno lugar de las enfermedades que más carga de discapacidad asociada implican, siendo una de las enfermedades mentales que suponen más sufrimiento tanto psicológico (individual y familiar), como social.

Causas

Las causas de estas enfermedades son a día de hoy desconocidas. Si bien es cierto que dentro del conjunto de las psicosis, sí hay dos grupos que manifiestan causas conocidas (las psicosis inducidas por tóxicos y las psicosis debidas a afecciones médicas), el grupo de psicosis idiopáticas, tal y como su nombre indica, no se conoce la causa. En este sentido, hay varias hipótesis explicativas:

- **Hipótesis biologicistas:** son aquellas que se basan en factores biológicos y genéticos para describir las causas de la enfermedad. En este sentido se han llevado a cabo muchos estudios en el campo genético de la enfermedad. Estos estudios por un lado se basan en la determinación de la carga genética que traspasamos a nuestra descendencia. Así, con la realización de estudios de hijos de pacientes que sufren un trastorno psicótico se ha identificado un elevado grado de carga genética (hasta un 80 % de heredabilidad de la enfermedad). Por otra parte, más actualmente, hay varios estudios genéticos que intentan identificar genes específicos que sean causantes de la enfermedad. En este sentido, se han identificado varios genes, pero hasta el momento, ninguno de los estudios muestra resultados concluyentes como para mostrar un gen específico como causante único de la enfermedad.
- **Hipótesis neurobiológicas:** estas hipótesis se basan principalmente en un mal funcionamiento de factores neuronales (mecanismos cerebrales) como causantes de la enfermedad. En este campo, se realizan estudios de tamaño cerebral, tamaño de estructuras dentro del cerebro, mecanismos de funcionamiento cerebral, etc. Hasta ahora, no se ha detectado un mecanismo concreto que sea el causante de la enfermedad, pero sí muchos indicadores y factores comunes dentro de este campo.



Los niños y adolescentes con trastornos psicóticos representan un 0,3 % de la población infantil y juvenil, llegando a ser el 1 % en adultos.

- Hipótesis ambientales: estas hipótesis identifican factores ambientales tales como el estrés, los acontecimientos vitales estresantes, lugar donde vivimos (ambiente rural o urbano), etc. como causantes de estas enfermedades. En este sentido, tampoco se ha detectado un único indicador ambiental como desencadenante de los trastornos psicóticos.

Los investigadores determinan que las causas de estas enfermedades, si bien no son comunes ni hay una única causa como puede haber en otras enfermedades, son un conjunto de factores. Por ello, las hipótesis que más fuerza reciben a la hora de explicar estas enfermedades son aquellas biopsicosociales, es decir, que se basan en el entendimiento de múltiples causas como determinantes de la enfermedad.



Hay diferentes hipótesis que explicarían las causas de los trastornos psicóticos: hipótesis biologicistas, neurobiológicas y ambientales.

Factores de riesgo y factores protectores

Si bien es cierto que hasta ahora no tenemos una única causa que nos explique cómo se origina la enfermedad, la investigación a lo largo de los años con las hipótesis antes mencionadas ha supuesto el conocimiento de varios factores que conllevan que una persona tenga más riesgo de sufrir una enfermedad psicótica:

- Historia familiar de trastorno psicótico: este campo ha sido estudiado sobre todo en el ámbito de la esquizofrenia, pero también en otros trastornos psicóticos. En este sentido, la ciencia ha evidenciado que tener un progenitor que sufra la enfermedad, aumenta el riesgo de padecerla en un 80 %.
- Estrés: es una de las causantes o contribuyentes en el desarrollo de varias enfermedades mentales. En el caso de los trastornos psicóticos, se ha evidenciado como la presencia de experiencias estresantes a lo largo de la vida pueden interactuar con otros factores biológicos de susceptibilidad y contribuir incrementando el riesgo a desarrollar un trastorno psicótico.
- Consumo de tóxicos: el consumo de drogas como el cannabis y la cocaína se ha mostrado como un factor de riesgo en la literatura científica. Tanto el consumo de tóxicos como los acontecimientos estresantes negativos se han vinculado a un mayor riesgo de padecer sintomatología psicótica en niños y adolescentes, así como de que la sintomatología se mantenga.
- Clima familiar: dentro de los acontecimientos vitales estresantes uno de los factores estudiados científicamente es el clima familiar. Desde la escuela psicológica sistémica, que se ocupa del estudio de las relaciones familiares e interpersonales, se ha estudiado el concepto emoción expresada. La *emoción expresada* se define como los estilos

comunicativos que se dan en las familias y se describen cinco tipos de estilos comunicativos, tres negativos y dos positivos: comentarios críticos (crítica), hostilidad, sobreimplicación, calidez y afecto. En el campo de la esquizofrenia diversos estudios de investigación han vinculado las recaídas de los enfermos de esquizofrenia con la presencia de elevados niveles de los estilos comunicativos de crítica, hostilidad y sobreimplicación.

- Presencia de síntomas psicóticos atenuados y experiencias psicóticas: en la actualidad cada vez existe más evidencia de que la presencia de síntomas psicóticos positivos de forma atenuada o breves aumentan el riesgo de sufrir un trastorno psicótico en fases más tardías de la vida.
- Adherencia al tratamiento: acudir a consulta y seguir la pauta de tratamiento que indica el psiquiatra es un factor protector y de buen pronóstico.

Diagnóstico

Diagnóstico y detección

El diagnóstico de un trastorno psicótico debe ser realizado por un profesional de la salud mental, principalmente un psiquiatra y/o un psicólogo clínico. Es de especial importancia en todos los casos, pero como hemos observado, su diagnóstico en la infancia y la adolescencia puede ser especialmente confuso por lo que es esencial que el diagnóstico sea realizado por un especialista.

Detección precoz

Varios estudios han mostrado que la detección precoz de estos trastornos es un factor muy importante en el curso que seguirán los pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico. Se ha evidenciado que el tiempo que transcurre entre la presencia de los primeros síntomas y el inicio del tratamiento, lo que se conoce como el tiempo de psicosis no tratada, es un factor implicado en la evolución de la enfermedad. Así, cuanto más corto es este tiempo, mejor pronóstico pueden presentar las personas con diagnóstico de psicosis.

En este sentido, y teniendo en cuenta los factores de riesgo estudiados a lo largo del tiempo, en las últimas décadas se han iniciado esfuerzos en la detección a fases previas al desarrollo de los síntomas psicóticos. Varios grupos de investigación en todo el mundo estudian todos aquellos pacientes en riesgo de sufrir una enfermedad con el objetivo de realizar prevención.



Algunos factores de riesgo de psicosis son: historia familiar, estrés, consumo de tóxicos, clima familiar y experiencias psicóticas.

Los pacientes en riesgo se identifican por el momento con criterios clínicos basados en la presencia de síntomas del tipo psicóticos pero de una forma leve o atenuada. Hablamos de síntomas psicóticos atenuados cuando una persona presenta síntomas del tipo delirios pero todavía es capaz de dudar si son verídicos o no, o cuando una persona tiene percepciones que le hacen dudar si son reales o no. Aunque este todavía es un campo en estudio, la especialización de los servicios de detección precoz está dando resultados esperanzadores y sobre todo, está contribuyendo a la disminución del tiempo de psicosis no tratada. Debido a todos los resultados positivos que se están observando, se considera de elevada importancia la realización de un diagnóstico precoz de estas enfermedades.

Tratamiento



La detección precoz de estos trastornos es un factor muy importante en el curso que seguirán los pacientes.

El tratamiento en los trastornos psicóticos se conforma por una multiterapia formada por intervención en diversas ramas de la salud mental. El tratamiento de elección es el psiquiátrico-farmacológico, combinado con tratamiento psicológico.

Tratamiento psiquiátrico: primera línea de intervención

El tratamiento psiquiátrico o farmacológico es la primera línea de intervención en los trastornos psicóticos y puede ser necesario en la mayoría de los casos. El psiquiatra valorará la necesidad de realizar una intervención farmacológica apropiada. Los fármacos usualmente utilizados se llaman antipsicóticos y se enfocan en mejorar los síntomas psicóticos positivos, en primer término. Sin embargo, es difícil saber cómo cada fármaco actuará en un individuo, por eso a veces se requiere la administración de otros fármacos como pueden ser los estabilizadores del humor, los antidepresivos, los ansiolíticos o de otros fármacos. El psiquiatra valorará en cada caso individual cuál es el tratamiento de elección y es muy importante que se sigan las indicaciones que proporciona el psiquiatra y que no se tenga en cuenta si la medicación es la misma o diferente a la que toma otra persona.

Los fármacos antipsicóticos, como todos los psicofármacos, son medicamentos que actúan en el sistema nervioso y ayudan a compensar los desajustes que provocan los síntomas. Hay varias categorías, de entre las más representativas encontramos los antipsicóticos de primera generación (o típicos) y los de segunda generación (o atípicos). Los de primera generación aparecieron en primer término y aunque en la actualidad son menos utilizados, el psiquiatra valorará cuál es el mejor tratamiento en cada caso. Algunos de los nombres de esta categoría son el haloperidol o la clorpromazina. Los antipsicóticos de segunda generación son los que se administran en la mayoría de los casos actualmente. Mayoritariamen-

te producen un menor número de efectos adversos, aunque hay que destacar que cada persona es diferente. Algunos de estos fármacos son el aripiprazol, quetiapina o risperidona, entre otros.

Uno de los aspectos que más suelen preocupar en consulta son las preguntas que nos hacemos sobre cuánto tiempo debe durar el tratamiento o si afectará negativamente a nuestro hijo/a. Como se ha explicado, cada persona requiere de una intervención que puede ser diferente, y es muy importante consultar con el profesional sanitario todas las dudas que se nos generen en torno a la toma de medicación. No obstante, uno de los factores que más se ha asociado a la recuperación y mejora de los pacientes es el adecuado seguimiento y adherencia de los pacientes al tratamiento. Es importante comprender que se ha evidenciado que el tiempo que pasa sin tratamiento una persona que desarrolla un primer episodio psicótico es un factor de mal pronóstico de la enfermedad, por lo que hay que seguir las indicaciones del psiquiatra de referencia.

Tratamiento psicológico: tratamiento de elección terapia cognitivo-conductual

El tratamiento psicológico es también un tratamiento de elección en los trastornos psicóticos. En este sentido, la terapia que mayor nivel de eficacia ha mostrado es la terapia cognitivo-conductual (TCC). Dentro de la intervención que debe proporcionar un profesional de la psicología, los objetivos se orientan a la psicoeducación, al manejo de estrés y al entrenamiento en habilidades sociales como los puntos más relevantes de intervención.

Otros tratamientos relevantes

Aunque los tratamientos de elección y que cuentan con la mayor evidencia científica son los ya mencionados, hay otras intervenciones que agrupan también un nivel de evidencia favorable.

Rehabilitación cognitiva

Como hemos explicado, varios trastornos psicóticos cursan con unos déficits cognitivos que afectan principalmente a las capacidades de memoria, funcionamiento ejecutivo y atención, cognición social, entre otros. Esta afectación está directamente vinculada con la funcionalidad de las personas con trastornos psicóticos, afectando en el caso de los adolescentes su rendimiento académico y que es una fuente de estrés asociado para los pacientes que los padecen.



El tratamiento más utilizado para trastornos psicóticos es el psiquiátrico-farmacológico, combinado con tratamiento psicológico.

Por ello, uno de los tratamientos de primera elección y recomendados por las guías clínicas es la rehabilitación cognitiva. Este tratamiento es llevado a cabo por neuropsicólogos y se trata de un entrenamiento en las funciones cognitivas mencionadas mediante diversos ejercicios de estimulación cognitiva. Actualmente se llevan a cabo intervenciones tanto en lápiz y papel como informatizadas, mostrando los dos niveles de evidencia favorables.

Terapia familiar

Dado que se ha identificado que el clima familiar y la emoción expresada es un factor de riesgo vinculado a las recaídas en los pacientes, la terapia familiar trata de identificar y modificar posibles estilos comunicativos que generan malestar tanto en el funcionamiento de la familia como en el paciente. Asimismo, la terapia en psicoeducación familiar, también se ha mostrado relevante tanto para la adherencia al tratamiento como para el manejo de la situación por parte de toda la familia.

Apoyo académico y ayudas sociales

La afectación académica y social, así como la estigmatización y el malestar que conllevan los trastornos psicóticos hace que sea muy beneficiosa la ayuda recibida en estos dos ámbitos.



La rehabilitación cognitiva, la terapia familiar y el apoyo académico junto con las ayudas sociales son otros tratamientos relevantes.

Evolución de los trastornos psicóticos

Evolución de los síntomas psicóticos hacia un trastorno psicótico

El desarrollo de síntomas psicóticos en la infancia y la adolescencia no implica necesariamente la presencia de un trastorno psicótico, pero sí implica un mayor riesgo para desarrollar uno a lo largo de la vida. Además, la presencia de síntomas psicóticos aislados en el período infantil y adolescente es mayor que en la edad adulta. Así, varios estudios han mostrado como la prevalencia de los síntomas psicóticos es más elevada entre los nueve y doce años, y también que hay un aumento de presencia de síntomas psicóticos positivos a los quince - dieciséis años. Igualmente, otros estudios muestran que entre el 75 - 90 % de las experiencias de tipo psicótico son transitorias.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que las investigaciones sugieren que el hecho de presentar síntomas psicóticos de forma intensa y frecuente se vincula a mayor riesgo de ser diagnosticado de un trastorno psicótico en los siguientes cuatro años, y que la presencia de estos síntomas se asocia a elevados niveles de estrés y síntomas depresivos en la población infantil.

Evolución de los trastornos psicóticos

La evidencia en la literatura científica destaca que los primeros cinco años después de la aparición de un primer episodio psicótico son críticos para definir la evolución que presentará la persona a lo largo de la vida. Este periodo se conoce como período crítico y hay que observar si se producen más episodios psicóticos, si hay síntomas del estado de ánimo asociados y qué adherencia al tratamiento muestra el paciente.

Los estudios en este campo se vinculan sobre todo a la esquizofrenia. En este sentido, se describen tres posibles cursos de evolución de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Se sugiere que un tercio de los pacientes tendrá un curso favorable, con funcionalidad normalizada y adecuada adaptación a la vida cotidiana, con poca presencia de recaídas. Otro tercio mostrará un curso variable, con funcionalidad adecuada pero variable y con mayor nivel de recaídas. Por último hay un tercio de los pacientes que presentará elevado nivel de recaídas, poca adherencia al tratamiento y su funcionamiento ocupacional y social quedará severamente afectado.

El curso de los pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico es variable, pero factores como el diagnóstico precoz, el adecuado cumplimiento de los diversos tratamientos, el control de los acontecimientos estresantes o un ambiente estresante, el bajo consumo de tóxicos y el apoyo social, clima familiar y bajos niveles de emoción expresada se vinculan a una mejor evolución de los pacientes.

¿Qué podemos hacer?

Señales de alarma

Las principales señales de alarma para la detección de estos trastornos se basan en la observación de la conducta de los chicos. Así, podemos destacar como principales señales de alarma los siguientes puntos:

- Síntomas similares a los descritos en el apartado de síntomas positivos tales como elevada desconfianza, hipervigilancia o estados de ánimo diferentes al que presentaba anteriormente que aparecen repentinamente, son señales que nos deben hacer pensar en que tal vez es necesaria la ayuda de un profesional. Hay que dar especial relevancia el caso de que estas características aparezcan de forma repentina, con o sin desencadenante aparente.



Los primeros cinco años después de la aparición de un primer episodio psicótico son críticos para definir la evolución que presentará la persona a lo largo de la vida.

- Comunicación y lenguaje diferente: a la persona le cuesta expresar sus ideas, o cuando habla no consigue llegar a un objetivo comunicativo. Da muchas vueltas sobre un punto concreto y cuesta tener conversaciones diferentes, utiliza expresiones extrañas, etc.
- Comportamiento extraño: tiene comportamientos diferentes a los que solía tener, como pasar largas horas en la habitación encerrado, negativa a acudir a la escuela, disminución académica súbita, cambio de aficiones repentino, cambio de grupo de amigos sin causa aparente, etc.
- Cambios en el sueño: los trastornos en el sueño son comunes dentro de los trastornos psicóticos. A veces incluso se puede dar el caso de que se queden toda una noche en vela, o incluso varias noches, o que cambien el ciclo de sueño-vigilia durmiendo durante el día y están despiertos durante la noche.
- Dejadez con la imagen física: le cuesta ducharse, no se cambia de ropa, etc.
- Consumo de sustancias tóxicas y otras conductas: el consumo inesperado de sustancias tóxicas, o de otros comportamientos que no tienen en cuenta las consecuencias como gastar grandes cantidades de dinero, marchar durante días sin dar noticias, etc., son comportamientos que nos tienen que dar una señal de alarma.



Ante la presencia de síntomas psicóticos es muy importante acudir con la mayor brevedad posible a un servicio de salud mental.

Qué hacemos ante la presencia de síntomas psicóticos

Ante la presencia de síntomas psicóticos es muy importante acudir con la mayor brevedad posible a un servicio de salud mental, desde donde podrán realizar una valoración adecuada de la presencia de estos síntomas y ofrecer el mejor tratamiento para cada caso.

Asimismo, ante la presencia de las señales de alarma mencionadas, es importante poder valorar con un profesional de la salud si estas señales pueden conllevar la presencia de un trastorno psicótico y realizar las derivaciones pertinentes a los servicios especializados.

Como hemos visto, la detección precoz en este tipo de trastorno puede marcar la diferencia en el curso de la enfermedad por lo que hay que pedir información en la mayor brevedad que nos sea posible.



¿Qué hacemos en casa? Conductas que pueden ayudar a la persona que sufre

- Acudir a un profesional y seguir sus indicaciones: los trastornos psicóticos son enfermedades mentales complejas, y donde una detección e intervención precoz puede ser diferencial en el transcurso de la enfermedad. Por ello, debemos proponer a los chicos y chicas la posibilidad de acudir a un profesional cuando detectamos alguna señal de alarma.
- Clima familiar de confianza y tranquilo: es importante poder generar en casa un espacio de confianza y de seguridad, donde los chicos y chicas puedan percibir que se puede hablar de los problemas que padecen. Generar este clima a menudo también pasa por explicarles que estamos percibiendo una situación donde nos parece que están sufriendo. En ocasiones estas conversaciones se nos hacen complicadas tanto a los padres como a los hijos, dado que por un lado nos puede generar miedo recibir una negativa por su parte o bien empeorar la situación, y por otro lado, podemos pensar que se enfadarán, que no nos entenderán o que nos juzgarán. Sin embargo, a veces el simple hecho de contar o decir de una manera cercana y cálida que nos parece que hay alguna dificultad y que si necesita hablar puede

tener confianza en nosotros, puede presionar al adolescente y ver que existe una oportunidad para iniciar un camino.

- Observemos, pero no abrumemos: la etapa de la adolescencia se caracteriza por un cierto rechazo, o por una separación de los adolescentes en cuanto a la relación que habían mantenido hasta la fecha con sus padres. A la vez este comportamiento se acompaña por una mayor identificación de los chicos y chicas con el grupo de iguales. Por ello, el hecho de estar constantemente preguntando a nuestro hijo o hija adolescente, en ocasiones puede generar más alejamiento y un clima en casa más estresante. Ofrecer ayuda de una manera poco invasiva, es decir, estar dispuestos a escuchar con la mente abierta y sin juicios, posiblemente facilite la comunicación de los adolescentes con los padres.

Para más información consultar el capítulo *Comunicarme con mi hijo adolescente* en este mismo informe.



Existen todavía muchos mitos en relación a las enfermedades mentales, especialmente en cuanto a los trastornos psicóticos.

Mitos y leyendas de la psicosis

A lo largo de la historia, tanto las enfermedades mentales como la psicosis, y la esquizofrenia en concreto, se han vinculado a una amplia diversidad de formas de hacer o características de la personalidad, creando una serie de mitos alrededor de estas enfermedades:

- Las personas con psicosis son violentas. Esta es una vinculación totalmente arbitraria, probablemente fruto del desconocimiento sobre esta enfermedad, y vinculada con el miedo a lo desconocido. No hay evidencia que vincule psicopatía y esquizofrenia, y se describen en el manual diagnóstico como dos trastornos diferenciados. Si bien a veces la esquizofrenia y otros trastornos pueden cursar con cierta hostilidad como ocurre en otras enfermedades mentales, en el caso de la esquizofrenia no es uno de los síntomas principales de la enfermedad. Además, el tratamiento que a menudo los medios han hecho, destacando características de la salud mental de ciertos agresores, ha hecho que esta vinculación se mantenga. Actualmente tanto medios como profesionales y personas afectadas están luchando para sensibilizar y desmitificar las enfermedades mentales.

- La persona con esquizofrenia tiene una personalidad cambiante y variable. A menudo la utilización del adjetivo “esquizofrénico” para identificar algo cambiante da la impresión de que esta enfermedad se vincula con ello. Por este motivo, también debemos evitar definir o referirnos a una persona que padece esquizofrenia o un trastorno psicótico como un “esquizofrénico” o un “psicótico”. La enfermedad no define la persona, sino que es una afección con la que debe convivir.
- Las personas con esquizofrenia son superdotadas: el vínculo del cine con ciertas personalidades del mundo de la ciencia, las artes y otras áreas del conocimiento, ha hecho que vinculemos la esquizofrenia con personas con una inteligencia sobre dotada, o muy elevada. Si bien es cierto que hay personas con esquizofrenia que presentan una inteligencia elevada, esta prevalencia no es más elevada que en el conjunto de la población general y en la actualidad no hay suficiente evidencia científica como para dar por cierta esta afirmación.
- Las personas con esquizofrenia son más creativas: igualmente al mito anterior, el vínculo entre ciertos aspectos del arte y la expresión artística y personas que han sufrido este trastorno, hace que podamos vincular la creatividad con la esquizofrenia. De nuevo, no hay estudios que vinculen creatividad con esquizofrenia o trastornos psicóticos. La creatividad y otras características de la personalidad no dependen ni están vinculadas a una enfermedad mental sino a una persona.

En referencia a los mitos y leyendas de los trastornos psicóticos, hay que hacer la reflexión que todo trastorno mental es vivido por una persona y que cada persona es diferente. Las diferencias individuales entre las personas y la diversidad que muestra la personalidad humana hace que inevitablemente esta diversidad también se observe entre las personas que padecen enfermedades mentales. Por eso, antes de hacer afirmaciones debemos reflexionar si tenemos suficiente información y si la ciencia ha recopilado suficientes datos para mantener esta afirmación como cierta y darla a conocer.

A modo de conclusión

Los síntomas psicóticos pueden aparecer durante la infancia y la adolescencia y pueden conllevar el desarrollo de un trastorno psicótico. Aunque no todos los casos siguen el mismo curso, es importante identificar estos síntomas y consultar con un profesional que os asesorará y guiará en los próximos pasos a dar.

La identificación temprana y la intervención precoz de los trastornos psicóticos es muy relevante para el transcurso de los pacientes que debutan con un primer episodio psicótico, por lo que se recomienda pedir ayuda en el momento en que se identifican las primeras posibles manifestaciones de los síntomas psicóticos.

La implementación de un tratamiento precoz y la adecuada adherencia y seguimiento del mismo beneficia el curso que puede seguir el paciente que ha sufrido un primer episodio psicótico por lo que es muy importante seguir las indicaciones del psiquiatra que os guía en el proceso.

Los factores de riesgo como el consumo de sustancias tóxicas y el estrés pueden interferir en el curso del desarrollo de un trastorno psicótico por lo que hay que tener en cuenta los factores de riesgo y pedir ayuda si pensamos que podemos estar ante síntomas de alerta.

La actitud que tomamos, tanto individualmente como en el funcionamiento familiar, ante la aparición de estos síntomas es importante. Actitudes cercanas a la confianza, así como estar dispuestos a escuchar y acompañar pueden ayudar mucho a la persona que sufre síntomas psicóticos.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association., Kupfer, D.J., Regier, D.A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J.L., Vieta Pascual, E., Bagney Lifante, A., (2014). DSM-5: Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales. 5a ed. Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana, 5a ed. Editorial Médica Panamericana, Madrid.
- Anagnostopoulou, N., Marinou Kyriakopoulos, Alba, A., (2019). Psychological interventions in psychosis in children and adolescents: a systematic review 28, 735–746. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1159-3>
- Armando, M., Nelson, B., Yung, A.R., Ross, M., Birchwood, M., Girardi, P., Nastro, P.F., (2010). Psychotic-like experiences and correlation with distress and depressive symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *Schizophr. Res.* 119, 258–265. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.03.001>
- Celso Arango, David Fraguas, J.C.-F.G. de expertos participantes: C., Arango, David Fraguas, Josefina Castro-Fornieles, Inmaculada Baeza, Sara Barbeito, Montserrat Dolz, A., Fernández Jaén, Aranzazu Fernández Rivas, Montserrat Graell, Carlos Ímaz, Carmen Moreno, B.P. y S., Azúa, R. de, (2014). Grupo de trabajo del CIBERSAM para la elaboración de una guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia.
- Gore, F.M., Bloem, P.J.N., Patton, G.C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., Sawyer, S.M., Mathers, C.D., (2011). Global burden of disease in young people aged 10-24 years: A systematic analysis. *Lancet*, 377, 2093–2102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60512-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60512-6)
- Holtzman, C.W., Trotman, H.D., Goulding, S.M., Ryan, A.T., MacDonald, A.N., Shapiro, D.I., Brasfield, J.L., Walker, E.F., (2013). Stress and neurodevelopmental processes in the emergence of psychosis. *Neuroscience*, 249, 172–191. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2012.12.017>
- Mathers, C., Ma Fat, D., Boerma, T., World Health Organization, (2004). The global burden of disease: (2004) update, WHO. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- Mayo, D., Corey, S., Kelly, L.H., Yohannes, S., Youngquist, A.L., Stuart, B.K., Niendam, T.A., Loewy, R.L., (2017). The role of trauma and stressful life events among individuals at clinical high risk for psychosis: A review. *Front. Psychiatry* 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00055>
- McClellan, J., 2018. Psychosis in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 57, 308–312. <https://doi.org/10.15713/ins.mmj.3>
- Miklowitz, D.J., O'Brien, M.P., Schlosser, D.A., Addington, J., Candan, K.A., Marshall, C., Domingues, I., Walsh, B.C., Zinberg, J.L., De Silva, S.D., Friedman-Yakoobian, M., Cannon, T.D., (2014). Family-focused treatment for adolescents and young adults at high risk for psychosis: Results of a randomized trial. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 53, 848–858. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.04.020>
- Murray, R.M., Bhavsar, V., Tripoli, G., Howes, O., (2017). 30 Years on: How the Neurodevelopmental Hypothesis of Schizophrenia Morphed into the Developmental Risk Factor Model of Psychosis. *Schizophr. Bull.*, 43, 1190–1196. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx121>

- Murray, R.M., Lewis, S.W., (1987). Is schizophrenia a neurodevelopmental disorder? *Br. Med. J. (Clin. Res. Ed)*. 295, 681–2.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management [CG178]. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
- PIENSA: Guía para adolescentes y familias que quieren entender y afrontar la psicosis <https://www.ciberisciii.es/media/436748/piensa-guia.pdf>
- Pruessner, M., Cullen, A.E., Aas, M., Walker, E.F., (2017). The neural diathesis-stress model of schizophrenia revisited: An update on recent findings considering illness stage and neurobiological and methodological complexities. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 73, 191–218. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.12.013>
- Puig, O., Penadés, R., Baeza, I., De la Serna, E., Sánchez-Gistau, V., Bernardo, M., Castro-Fornieles, J., (2014). Cognitive remediation therapy in adolescents with early-onset schizophrenia: a randomized controlled trial. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 53, 859–68. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.05.012>
- Schmidt, S.J., Schultze-Lutter, F., Schimmelmann, B.G., Maric, N.P., Salokangas, R.K.R., Riecher-Rössler, a, van der Gaag, M., Meneghelli, a, Nordentoft, M., Marshall, M., Morrison, a, Raballo, a, Klosterkötter, J., Ruhrmann, S., (2015). EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *Eur. Psychiatry*, 30, 388–404. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.013>
- Schultze-Lutter, F., Michel, C., Schmidt, S.J., Schimmelmann, B.G., Maric, N.P., Salokangas, R.K.R., Riecher-Rössler, a, van der Gaag, M., Nordentoft, M., Raballo, a, Meneghelli, a, Marshall, M., Morrison, a, Ruhrmann, S., Klosterkötter, J., (2015). EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. *Eur. Psychiatry* 30, 405–16. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.010>
- Sheffield, J.M., Karcher, N.R., Barch, D.M., (2018). Cognitive Deficits in Psychotic Disorders: A Lifespan Perspective. *Neuropsychol. Rev.* 28, 509–533. <https://doi.org/10.1007/s11065-018-9388-2>
- Shenton, M.E., Dickey, C.C., Frumin, M., McCarley, R.W., 2001. A review of MRI findings in schizophrenia. *Schizophr. Res.* [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(01\)00163-3](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(01)00163-3)
- Stafford, M.R., Jackson, H., Mayo-Wilson, E., Morrison, A.P., Kendall, T., (2013). Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 346, f185. <https://doi.org/10.1136/bmj.f185>

8. Cuando la relación con la comida cambia (anorexia y bulimia)

Eduard Serrano.

PhD. Psicólogo. Coordinador de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

Alexandra tiene quince años y estudia 4º de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), es hija única y vive con sus padres en un pueblo cercano a Barcelona. Su rendimiento escolar siempre ha sido excelente, sus padres la describen como una niña tímida, perfeccionista y muy autoexigente con los estudios. Desde pequeña se ha relacionado bien con los compañeros y, aunque siempre ha sido una niña introvertida, había conseguido mantener un círculo reducido pero estable de amigas. Como deporte realiza gimnasia rítmica en un club del pueblo. Desde siempre ha sido una niña sensible y bastante cerrada a la hora de expresar sus sentimientos, tanto positivos como negativos. Como la mayoría de los jóvenes de su edad, los padres de Alexandra le regalaron el apreciado móvil al iniciar la ESO. Rápidamente se convirtió en un elemento indispensable en su vida. De forma inevitable el tiempo dedicado a las redes sociales empezó a aumentar de forma exponencial.



Aunque siempre había sido una niña más bien delgada, Alexandra siempre había mostrado preocupación por su imagen corporal. En muchas ocasiones hacía comentarios despectivos hacia su cuerpo, principalmente centrados en la barriga y las piernas. Pero esta insatisfacción con la imagen corporal, que se inició con la pubertad, no le había preocupado en exceso ni le había hecho cambiar los hábitos alimentarios. Como tantos adolescentes, había intentado hacer dieta sin llegar a persistir más de una semana.

El final de curso fue complicado, Alexandra tuvo un problema con una amiga que significó de forma inexplicable para ella, el rechazo directo del resto del grupo. Alexandra no tenía conciencia de haber fallado a nadie pero tampoco se atrevió a hablarlo directamente con ninguna de sus amigas. Este suceso significó un aislamiento progresivo en casa, no salía los fines de semana y aunque sus padres no entendían el cambio de conducta de su hija, ella no explicó nada. Además, los padres tenían muchos problemas en la empresa familiar y Alexandra no quería ser una carga para ellos. La joven se sentía culpable del problema con las amigas y se encontraba cada vez más sola, triste y sin ánimo ni concentración para seguir el curso como a ella le gustaba llevarlo, perfecto.

En este contexto de malestar, Alexandra pasó más tiempo aislada y absorba en las redes sociales. Parecía inevitable compararse no solo con aquellos cuerpos espectaculares de modelos y actrices, sino también, con las compañeras de su propia clase. Como se acercaba el verano Alexandra decidió que llegaba el momento de cuidarse, hacer dieta, aumentar el ejercicio físico y, en definitiva, ponerse en marcha para la *operación bikini*. A diferencia de otros años, en esta ocasión pudo mantener la dieta (apartó primero la bollería industrial y chucherías, después el pan y los hidratos de carbono, las salsas y finalmente los rebozados) y aumentó el ejercicio (salía a correr todos los días, cada vez más tiempo, y hacía tablas de abdominales en casa).

Al poco tiempo Alexandra empezó a ver en la báscula la recompensa de todo su esfuerzo. El peso fue bajando de forma rápida y progresiva, cada vez Alexandra disminuía más la dieta y ahora también las cantidades. Se pesaba todos los días y aunque el peso bajaba nunca acababa de estar satisfecha. Quería más, se había convertido en una obsesión. Los padres al principio no le dieron importancia, incluso premiaron el cambio hacia una hipotética vida saludable y celebraron la pérdida de peso inicial: "ahora estás más delgada y más guapa". Pero cuando los padres quisieron reaccionar ya era demasiado tarde, la pérdida de peso era insostenible, su hija se había convertido en un saco de huesos, su estado de ánimo era triste e irritable, cada vez estaba más aislada y centrada en no comer.

A pesar de la pérdida de peso, Alexandra se seguía viendo mal, solo realizaba comentarios despectivos hacia su cuerpo y era como si no percibiera su extrema delgadez: "mira qué barriga tengo", "no puedo salir a la calle con estas piernas", "parezco una foca". Alexandra se encontraba muy débil físicamente, con muy bajo peso, sin energía y, en los últimos meses, había perdido la regla por el bajo peso. Se encontraba cada vez más irritable en casa, triste, no podía dormir por la noche. Tenía pánico a comer normal y a engordarse a pesar de su increíble delgadez. Ni los padres ni sus amigos habían podido ayudarla en todo este tiempo. El peso, la dieta y la imagen corporal se habían convertido en una obsesión.



Cuando la relación con la comida cambia (anorexia y bulimia)

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo de desórdenes mentales que se caracterizan por una conducta alterada frente a la ingesta de alimentos y pensamientos erróneos en relación a la dieta, el peso y la figura corporal. Estas cogniciones y conductas alteradas pueden conllevar graves problemas físicos y del funcionamiento psicológico y social de la persona.

Los TCA son patologías de origen multifactorial donde intervienen variables genéticas, biológicas, psicológicas y socioculturales. Afectan mayoritariamente a población femenina adolescente y adultos jóvenes. Los trastornos alimentarios más conocidos son la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracones.

Los TCA son enfermedades graves pero que pueden remitir en un porcentaje elevado si se detectan de forma precoz y se realiza un tratamiento multidisciplinar y psicoterapéutico especializado. Un rasgo habitual de estos trastornos es la falta de conciencia de enfermedad y, en consecuencia, la falta de motivación para recuperarse. Por este motivo, el tratamiento de los TCA es largo y complejo, y el papel de la familia es fundamental para la recuperación.



Los TCA constituyen un grupo de desórdenes mentales que se caracterizan por una conducta alterada ante la ingesta de alimentos.

Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Tanto el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) (OMS, 2018) clasifican los TCA primarios en: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracones, pica, trastorno de rumiación, y trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos (ARFID, de las siglas de la nomenclatura en inglés: *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*).



Los TCA son enfermedades graves pero que pueden remitir en un porcentaje elevado si se detectan de forma precoz.

- **Anorexia nerviosa:** se manifiesta como un deseo irrefrenable de búsqueda de delgadez, que puede venir acompañado de medidas y procedimientos compensatorios: dieta restrictiva estricta (o inclusive ayuno), ejercicio físico excesivo y/o conductas purgativas (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y/o diuréticos). Las personas afectadas expresan un intenso temor a ganar peso y a la posibilidad de llegar a ser obesas, o una conducta persistente que interfiere en la ganancia de peso. Presentan una distorsión de la imagen corporal, con preocupación extrema por la dieta, la figura y el peso. Su atención está centrada en la pérdida ponderal, lo que les causa déficits nutricionales que pueden comportar riesgos vitales. En mujeres postpuberales es habitual la pérdida de la menstruación (amenorrea) como consecuencia del bajo peso. A nivel psicológico, se encuentran rasgos de personalidad caracterizados por elevado perfeccionismo, autoexigencia y baja autoestima. Destaca una baja conciencia de enfermedad y el riesgo físico derivado del bajo peso.
- **Bulimia nerviosa:** se caracteriza por episodios de atracones (ingesta voraz e incontrolada), en los cuales la persona ingiere una gran cantidad de alimento en poco espacio de tiempo, generalmente en secreto, y con sensación de pérdida de control. Las personas afectadas intentan compensar los efectos de la sobreingesta mediante vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y/o diuréticos, ayuno o ejercicio físico excesivo. Al igual que la anorexia nerviosa, las personas con bulimia nerviosa muestran preocupación excesiva por el peso, imagen y figura corporal. Lo que la diferencia de la anorexia nerviosa es la falta de control de la ingesta. La bulimia nerviosa suele ser un trastorno más difícil de detectar, ya que fácilmente pasa desapercibido (la persona afectada puede presentar peso normal, bajo o sobrepeso) y se vive con sentimientos de vergüenza y culpa. La persona afectada suele pedir ayuda cuando el problema ya está avanzado.

- **Trastorno por atracones:** se caracteriza por la presencia recurrente de una ingesta voraz (atracones), similar a la de los pacientes con bulimia nerviosa. La diferencia está en que la persona con trastorno por atracones no incurre en mecanismos compensatorios a la ingesta voraz, por lo que con el tiempo el paciente se encamina inexorablemente hacia un problema de sobrepeso u obesidad. Muchas personas con trastorno por atracones utilizan la comida como un modo de sobrellevar emociones y sentimientos negativos. Presentan dificultades para manejar la ansiedad, y encuentran que el comer les reconforta y calma. No obstante, terminan sintiéndose tristes y culpables por no poder controlar su forma de comer, lo que aumenta el estrés y así continúa el ciclo.
- **La pica:** es un trastorno que consiste en ingerir sustancias no nutritivas como, por ejemplo, arena o yeso. La ingestión de estas sustancias es considerada inadecuada para el nivel de desarrollo de la persona. La sustancia típica ingerida tiende a variar con la edad, los niños pequeños suelen comer pintura, yeso, cuerdas, cabellos o ropas. El trastorno es más habitual durante la infancia, y en algunos casos se presenta en niños que tienen autismo o una discapacidad intelectual.
- **El trastorno de rumiación:** se caracteriza por la presencia de regurgitaciones repetidas de alimento (sin náuseas o enfermedad gastrointestinal asociada como, por ejemplo, reflujo esofágico) que van del estómago a la boca, para volver a ser masticados, tragados o escupidos. El trastorno se observa con mayor frecuencia en niños pequeños (entre los tres y doce meses), pero puede verse en sujetos de más edad, particularmente con discapacidad intelectual. No se diagnostica trastorno de rumiación cuando aparece en el contexto de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa.
- **Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos (ARFID):** Los pacientes con ARFID se caracterizan por la presencia de conductas alimentarias restrictivas, pérdida de peso significativa o estancamiento pondoestatural, dependencia de la alimentación por sonda nasogástrica o de suplementos nutricionales orales, y dificultades psicosociales. A diferencia de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, estos pacientes no manifiestan síntomas como la distorsión de la imagen corporal o el temor al aumento de peso. Se trata, en general, de niños prepuberales -aunque también lo encontramos en adolescentes y adultos- (con mayor afectación al sexo masculino) que evitan la ingestión de alimentos principalmente por tres motivos: falta de interés en comer y por la comida, restricción alimentaria por las propiedades sensoriales de los alimentos (color, textura, sabor, marcas), y la evita-



Se clasifican los TCA primarios en anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracones, pica, trastorno de rumiación, y trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.

ción de alimentos por miedos específicos (atragantarse, vomitar, dolor). Este trastorno se encuentra asociado a problemas de ansiedad, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y trastorno del espectro autista (TEA).



Se estima una prevalencia de TCA en torno al 5 % en población de riesgo: mujeres entre doce y veintiún años.

Epidemiología

Estudios epidemiológicos en la población de riesgo, mujeres entre doce y veintiún años, indican una prevalencia de TCA en los países occidentalizados en torno al 5 %. Por diagnóstico, los datos de prevalencia en nuestro medio son del 0,3 % para la anorexia nerviosa, 0,8 % para la bulimia nerviosa y 3,1 % para los TCA-no especificado (cuadros parciales o incompletos de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa) (Pérez-Gaspar *et al.*, 2000). Las conductas de riesgo para padecer un TCA en adolescentes se sitúa entre el 11 - 18 %. Los resultados de un estudio reciente llevado a cabo en el Reino Unido e Irlanda indican un aumento de la incidencia (casos nuevos en un tiempo y población determinada) de la anorexia nerviosa en población infantil y juvenil (Petkova *et al.*, 2019).

Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo para el desarrollo de un TCA se encuentran variables biológicas, genéticas, psicológicas y socioculturales. El peso específico de cada uno de ellos todavía no está bien establecido. Los TCA suelen iniciarse en la adolescencia, aunque progresivamente se va observando una mayor frecuencia de inicio prepuberal y en la edad adulta. Afecta principalmente a la población femenina (de cada diez casos de TCA, aproximadamente nueve son mujeres y uno es un hombre).

- Factores biológicos: vulnerabilidad familiar. Los estudios realizados en familias muestran una mayor frecuencia de TCA entre los familiares de personas con TCA que entre los controles (personas sin la enfermedad). En el caso de la anorexia nerviosa, la genética parece explicar entre el 60 - 70 % del riesgo a padecer el trastorno.
- Factores socioculturales: diferentes estudios identifican la relación entre TCA y modelos familiares sobreprotectores, rígidos y exigentes, conflictivos, y poco cohesionados. Por otro lado, se encuentran los factores culturales relacionados con el culto al cuerpo, un ideal de belleza excesivamente delgado, la influencia de la moda y de los medios de comunicación, y el impacto de las redes sociales en los jóvenes.
- Factores psicológicos: se han asociado con los TCA rasgos de personalidad de excesiva rigidez, perfeccionismo, autoexigencia, retraimiento social y baja autoestima, así como historia personal de dificultades alimentarias.
- Acontecimientos vitales potencialmente estresantes: se han relacionado abusos sexuales y/o físicos en la infancia, críticas del entorno respecto al físico y antecedentes de crisis vital.



Entre los factores de riesgo para el desarrollo de un TCA se encuentran variables biológicas, genéticas, psicológicas y socioculturales.

Comorbilidad

Las personas que tienen algún trastorno alimentario presentan frecuentemente, a su vez, otra patología asociada mental (comorbilidad). Entre las más habituales encontramos los trastornos del estado de ánimo (40 - 80 %), trastornos de ansiedad (10 - 40 %) y trastorno obsesivo-compulsivo (40 %). En adultos jóvenes también se asocia con abuso y dependencia de sustancias, trastornos de la personalidad y trastornos relacionados con el control de impulsos (Guía Práctica Clínica para los TCA, 2009).

Señales de alarma

Existen algunas señales de alarma que nos pueden hacer pensar en el inicio de un TCA. Estos signos y síntomas de alarma pueden ser físicos, psicológicos y conductuales.

Signos y síntomas físicos de alarma:

- Pérdida de peso en poco tiempo sin conocer el origen.
- Retraso en el crecimiento normal para su edad y peso.
- Cambios de peso bruscos.
- Trastornos menstruales, pérdida de la menstruación sin razón médica.
- Osteoporosis.
- Hirsutismo o lanugo (aparición de vello corporal fino).
- Hipertrofia parotídea (inflamación de las glándulas parótidas).
- Anomalías dentarias.
- Callosidades en los nudillos de las manos.



Debemos estar atentos a señales de alarma tanto físicas, psicológicas como conductuales que nos puedan hacer pensar en un posible TCA.

Signos y síntomas psicológicos de alarma:

- Preocupación extrema por la figura, la dieta y el peso.
- Comentarios despectivos sobre el propio cuerpo.
- Distorsión severa de la imagen corporal.
- Perfeccionismo e insatisfacción.
- Inestabilidad emocional.
- Aislamiento y preocupación excesiva por los estudios.
- Irritabilidad.
- Baja autoestima.
- Impulsividad.
- Aumento de la rigidez y la obsesión.

Signos y síntomas conductuales de alarma:

- Dieta persistente aunque la persona esté muy delgada.
- Cambio de hábitos alimenticios (volverse vegetariano o vegano).
- Creciente interés por cocinar, ropa y modas.
- Desaparecer después de las comidas y encerrarse en el baño.

- Tendencia a ocultar ciertas partes del cuerpo con la ropa.
- Compra y consumo de productos para adelgazar.
- Rituales extraños con la comida, como trocearla mucho.
- Práctica de ejercicio físico excesivo.
- Obsesión por pesarse continuamente.
- Aislamiento social.

En caso de observar la familia o la escuela algunas de las señales de alarma descritas anteriormente y que impliquen un cambio significativo en el funcionamiento normal de la persona, los padres se deben poner en contacto con su pediatra o médico de familia para que valore un posible trastorno alimentario.

Como se ha comentado en la introducción, la persona afecta de un TCA puede que no sea consciente del problema, que lo minimice o inclusive rechace cualquier tipo de ayuda. No obstante, ante la evidencia de señales de alarma significativas, el profesional sanitario deberá derivarlo, o bien a un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) o a una Unidad específica de TCA, para su evaluación, diagnóstico y tratamiento adecuado para cada caso según gravedad. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, es decir, basado en la entrevista clínica con el paciente y la familia. También se pueden realizar exploraciones médicas y psicológicas complementarias para valorar la gravedad de los síntomas. Es de suma importancia una intervención precoz especializada y la colaboración de la familia para una mejor respuesta al tratamiento.

Tratamiento

El tratamiento de los TCA es multidisciplinar y puede realizarse en diferentes niveles de atención y recursos asistenciales según la gravedad (ambulatorio, hospital de día y hospitalización total). En líneas generales, en los pacientes con TCA es importante incrementar el reconocimiento de la enfermedad (conciencia de problema), la motivación para el tratamiento, y establecer una buena relación-alianza terapéutica.

Los objetivos generales del tratamiento en los TCA son los siguientes:

1. Restaurar o normalizar el peso y el estado nutricional de la persona.
2. Tratar las complicaciones físicas.
3. Proporcionar educación sobre patrones alimentarios y nutricionales sanos. Se ofrecen recomendaciones a la familia y pacientes sobre los



El tratamiento de primera línea en los TCA en adolescentes son las intervenciones psicosociales con el paciente y la familia.

principios de la dieta equilibrada (en proporción, variedad y frecuencia de alimentos).

4. Modificar/mejorar las disfunciones previas o adquiridas a consecuencia de los TCA (pensamientos, actitudes, sentimientos, conductas alteradas). Reducir/eliminar atracones y conductas compensatorias inadecuadas (restricción, purgas, ejercicio físico excesivo), trabajar la insatisfacción de imagen corporal, distorsiones cognitivas, mejorar la autoestima y relaciones sociales. Estos cambios se consiguen a través de la psicoterapia y la intervención familiar.
5. Tratar los trastornos asociados (comorbilidades), tanto psiquiátricos (alteraciones del estado de ánimo, síntomas obsesivos, etc.) como físicos (diabetes mellitus, etc.) si es el caso.
6. Conseguir el apoyo familiar de la persona afectada del TCA y proporcionarle asesoramiento y terapia cuando sea necesario. Se recomienda involucrar a la familia y ofrecerles grupo de padres (psicoeducativos y multifamiliares) con el objetivo de aumentar la alianza terapéutica con los padres, ofrecerles información sobre la enfermedad y apoyo emocional.
7. Prevenir las recaídas. Incluye abordar y prevenir situaciones que puedan favorecerlas (dietas, inestabilidad emocional) y planificar estrategias para enfrentarse a ellas.

Cabe subrayar que el tratamiento de primera línea en los TCA en adolescentes son las intervenciones psicosociales con el paciente (con el objetivo de corregir las distorsiones cognitivas, mejorar la autoestima y las relaciones sociales) y la familia (mejorar la relación y comunicación familiar). Por tanto, el tratamiento farmacológico no es de primera elección para los TCA, pero se utiliza para tratar los problemas asociados (depresión, ansiedad, trastorno obsesivo). Estudios en población adulta con bulimia nerviosa y trastorno por atracón muestran que los antidepresivos pueden ayudar en la reducción de atracones. Los estudios sobre la eficacia de tratamientos farmacológicos en adolescentes son limitados.

Evolución

El tratamiento de los TCA acostumbra a ser largo y complejo. De media, hasta la curación definitiva, el proceso terapéutico puede durar entre tres y cuatro años. Una de las características de la evolución es que ésta no acostumbra a ser lineal sino que cursa con altibajos. Los factores que se han asociado a una buena evolución de la enfermedad son la detección precoz, el inicio de un tratamiento especializado y la participación de la familia en el tratamiento.

Por contra, para la anorexia nerviosa, un inicio de la enfermedad en edad prepuberal o en la edad adulta, la presencia de conductas purgativas (vómitos autoinducidos, uso de laxantes y/o diuréticos), un muy bajo peso al inicio del tratamiento y repetidas hospitalizaciones, se han asociado a un pronóstico desfavorable. En la bulimia nerviosa, una evolución negativa se relaciona con elevada impulsividad, abuso de sustancias y trastornos de personalidad asociados. Estudios de seguimiento a cinco - diez años, indican unas tasas de recuperación del trastorno, en torno al 70 - 80 % para la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, respectivamente. La cronicidad se sitúa entre el 10 - 20 % de las personas que sufren de un TCA.

Factores de protección

De la misma manera que tenemos factores de riesgo para el desarrollo de los TCA, también disponemos de factores de protección (aquellos que pueden reducir el riesgo de desarrollar la patología alimentaria). Los principales factores de protección para los TCA los agrupamos en individuales, familiares y socioculturales.

Factores individuales de protección:

- Buena autoestima.
- Imagen corporal positiva.
- Pensamiento crítico en relación a las imágenes de los medios.
- Bienestar emocional.
- Buena adaptación escolar (rendimiento y relación con iguales).
- Asertividad.
- Buenas habilidades sociales en general.
- Resolución de problemas y estrategias de afrontamiento.

Factores familiares de protección:

- Pertener a una familia que no enfatiza demasiado el peso y el atractivo físico.
- Favorecer la comunicación y expresión emocional.
- Realizar al menos una de las comidas principales en familia.

Factores socioculturales de protección:

- Pertener a una cultura menos occidentalizada que acepta una variedad de formas y tamaños corporales.
- Participar en deportes (o industria) donde no haya énfasis en el atractivo físico o delgadez.
- Relaciones de apoyo social donde el peso y la apariencia física no son motivo de gran preocupación.



El tratamiento de los TCA suele ser largo y complejo. En promedio, entre tres y cuatro años.



A continuación se describe un decálogo sobre los principales factores familiares de protección de los TCA:

1. Potenciar la autoestima: elogiar a nuestros hijos por cómo son y reforzar positivamente su personalidad y sus habilidades en lugar de aquello que tiene que ver con la apariencia física.
2. Favorecer una autoimagen corporal positiva: aceptar las diferencias entre las personas y respetar a todos y todas, independientemente de cómo es su aspecto físico.
3. Promover hábitos alimenticios y un estilo de vida saludables: la familia debe ser un modelo de salud para sus hijos.
4. Hacer al menos una comida al día en familia: convirtiendo la alimentación en un acto social y familiar.
5. Dar herramientas para desarrollar un sentido crítico: frente a estereotipos de belleza difundidos en los medios de comunicación. Información sobre dietas milagro. Relación entre delgadez y éxito social.
6. Fomentar la comunicación en la familia: escuchar a los niños su opinión dentro de la familia. Establecer vías de comunicación con los adolescentes.

7. Compartir actividades en el tiempo libre: realizar juntos actividades deportivas, salidas culturales, leer, ver la televisión, navegar por internet, etc.
8. Rechazar ideales estéticos no realistas: que puedan poner en riesgo la salud de nuestros hijos.
9. Fomentar la autonomía: evitar la sobreprotección para favorecer la autoestima y seguridad personal de los hijos.
10. Advertir de los contenidos potencialmente nocivos de internet y las redes sociales: páginas web y redes sociales que hacen apología de la anorexia y la bulimia como una forma de vida.

Trastornos de la conducta alimentaria y coronavirus

Una de las principales acciones de salud pública para limitar la propagación de la COVID-19 ha sido aislar los casos positivos y contactos cercanos, así como restringir las interacciones sociales con el objetivo de reducir la transmisión del virus. A día de hoy, sabemos que el confinamiento ha supuesto un factor de estrés significativo para una parte de la población general y para colectivos específicos como personas con patología mental previa.

Específicamente, las consecuencias del confinamiento se han considerado un factor precipitante para el desarrollo de un TCA en población vulnerable y, en personas con patología alimentaria previa, un factor de riesgo de recaída y/o empeoramiento de la sintomatología alimentaria. Respecto a la población vulnerable, el confinamiento ha significado un aumento de la preocupación por mantener una vida saludable (vigilando más la dieta, incurriendo en restricción alimentaria más o menos severa, y en elevar la práctica de ejercicio físico) y una mayor exposición a redes sociales (con su potencial influencia negativa en la incorporación de un ideal de belleza de extrema delgadez en adolescentes).

Por otro lado, las personas con un trastorno alimentario previo, el estrés asociado a la situación de confinamiento puede haber empeorado sus síntomas de base debido principalmente a las consecuencias del aislamiento social y las dificultades de regulación emocional, que pueden propiciar síntomas alimentarios como episodios de atracones y posterior conducta purgativa (vómitos autoinducidos, y uso de laxantes y/o diuréticos). Por último, la carga emocional de los padres en relación a la propia preocupación e incertidumbre por la pandemia, sumada a la convivencia con una persona con TCA durante el confinamiento puede aumentar el estrés del cuidador y empeorar el clima familiar (aspectos de mal pronóstico de la enfermedad).



Hay que fomentar factores de protección (individuales, familiares y socioculturales) para prevenir TCA.

A modo de conclusión

- Los TCA son patologías mentales graves que se caracterizan por una alteración de la ingesta y pensamientos irracionales en relación al peso, la comida y la imagen corporal.
- Los TCA son enfermedades que afectan mayoritariamente a adolescentes y jóvenes y en su origen influyen aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
- La detección precoz y un tratamiento psicoterapéutico especializado con intervención familiar son aspectos claves para la recuperación de la enfermedad.



Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition: DSM-5. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos 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.

Lock J, La Via MC, AACAP. (2015) Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. ; 54(5):412-25.

Pérez-Gaspar M, Gual P, de Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. (2000). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *MedClin (Barc)*, 114(13):481-6.

Petkova H, Simic M, Nicholls D, et al. (2019) Incidence of anorexia nervosa in young people in the UK and Ireland: a national surveillance study. *BMJ Open*;9:e027339. doi:10.1136/bmjopen-2018-027339.

World Health Organisation. The 11th Revision of the International Classification of Diseases (ICD-11). 2018

Webs y recursos de interés:

- Academy of Eating Disorders: www.aedweb.org
- Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: <https://www.aeetca.com/>
- Asociación contra la Anorexia y la Bulimia: <http://www.acab.org/es>
- Beat Eating Disorders: <https://www.beateatingdisorders.org.uk/>
- Canal Salut Gencat: http://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/t/trastorns_conducta_alimentaria/anorexia-nerviosa
- Hospital Sant Joan de Déu Barcelona: <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/trastornos-conducta-alimentaria-coronavirus>
- National Eating Disorders: <https://www.nationaleatingdisorders.org/>
- National Eating Disorders Collaboration: <https://www.nedc.com.au/>
- National Eating Disorder Information Centre: <https://nedic.ca/>
- The Butterfly Foundation: <https://www.thebutterflyfoundation.org.au/>
- Trastorns alimentaris: <http://trastornsalimentaris.gencat.cat/ca/>
- Perfil de Instagram @stoptca_sjd: cuenta de Instagram de los pacientes del Hospital de día de TCA del Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. El perfil tiene como objetivo la concienciación y prevención de los trastornos alimentarios a través de esta red social. Se trata de la primera cuenta en Instagram de pacientes de un hospital en España.

9. Cuando la socialización es un reto (adolescencia y autismo)

M. Ángeles Mairena.

PhD. Psicóloga clínica. Unidad Multidisciplinar del Trastorno del Espectro del Autismo. Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

Marcela Mezzatesta.

Psiquiatra. Unidad Multidisciplinar del Trastorno del Espectro del Autismo. Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

Maria Elias.

Psicóloga clínica. Unidad Multidisciplinar del Trastorno del Espectro del Autismo y Unidad 0-5. Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

Mateo tiene trece años y cursa 2º de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO). Tiene dos hermanas pequeñas (de diez y siete años) y vive con su familia en una ciudad de tamaño mediano. Mateo siempre ha sido un niño tranquilo. Desde pequeño le ha gustado jugar solo o con otro niño/a, y ha tenido dificultades para jugar en grupo. A veces se relacionaba con un grupo pequeño de niños, pero le costaba integrarse con otros compañeros de fuera de este círculo. Solía implicarse en juegos sencillos, pero tendía a dejar de jugar cuando se proponían juegos con más reglas.



En casa, Mateo disfrutaba con sus trenes y sus animales de juguete. Le gustaba colocar sus muñecos en fila y también ordenarlos por categorías. Siempre ha mostrado interés por temas relacionados con las ciencias y le encantaba ver documentales sobre naturaleza y sobre el universo. Era un pequeño experto en estos temas y con frecuencia hablaba de ello en las conversaciones con adultos. Aun así, a pesar de establecer conversaciones con los adultos, le costaba hacerlo si no era en relación a sus temas de interés. Tendía a realizar monólogos más que a establecer conversaciones de ida y vuelta. Solía ofrecer mucha información sobre detalles y era difícil hacerle cambiar de tema. Su vocabulario siempre ha sido muy rico, aunque a veces llamaba la atención el hecho de usar expresiones propias de adulto y su entonación algo monótona.

Actualmente, Mateo mantiene su reducido grupo de amigos, pero en los últimos dos años Mateo ha ido mostrando cada vez más diferencias con ellos. Con frecuencia han quedado para jugar a videojuegos en línea, cada uno desde su casa, aunque a veces también se han encontrado en casa de alguno para jugar. Mateo disfruta de estos ratos, pero cuando la partida se acaba y sus amigos salen o hablan de temas que a él no le interesan, él prefiere volver a casa. No entiende porqué a sus amigos les gusta tanto pasar el rato hablando en una plaza o jugando al fútbol o al baloncesto en las pistas del barrio. Tampoco comparte el interés por las redes sociales y esto hace que con frecuencia no se entere de cosas que pasan entre sus compañeros de clase.

Recientemente la situación se ha complicado aún más. Las diferencias con sus amigos y compañeros han hecho que se vaya distanciando más y quedándose cada vez más solo. En ocasiones algunos compañeros se burlan de él y hacen comentarios a través de las redes sociales. Mateo no sabe cómo responder a estos comentarios y a veces lo hace de manera poco apropiada, lo que agrava aún más el problema. Ante esta problemática, ha decidido dejar de mirar las redes sociales y centrarse más en su interés por la ciencia. Pasa las tardes en su habitación buscando información sobre temas que le gustan o jugando a videojuegos en línea con personas que no conoce. A pesar que a veces comenta a sus padres que le gustaría quedar con sus compañeros, no expresa sentirse mal respecto a su situación de aislamiento ni hace ningún intento de quedar con sus compañeros.

El rendimiento escolar ha sido bueno hasta ahora, pero está comenzando a bajar. A nivel familiar, Mateo también muestra escaso interés por las actividades que le proponen sus padres y por interactuar con sus hermanas. Sus padres muestran preocupación por el bajo interés social de Mateo y por su descuido en relación al aseo y al autocuidado. Han buscado múltiples alternativas de ocio, tal como grupos de excursiones, deportes, club de ajedrez, pero no han

conseguido que Mateo se implique en ellas. Él prefiere centrarse en sus temas de interés. Además, recientemente ha descubierto que la informática y la tecnología también le gustan mucho. A través de tutoriales de internet está aprendiendo a programar y a crear juegos de ordenador sencillos. También disfruta con un aparato de electrónica que sus padres le han regalado. Usando luces y música consigue hacer juegos que gustan mucho a sus hermanas.

Introducción

El mundo social de la adolescencia implica un nivel de complejidad importante en distintas áreas, especialmente en las relaciones con amigos, con adultos o de pareja. Esta complejidad social coincide con una etapa en la que se va construyendo una identidad cada vez más madura, se continúa desarrollando la autonomía y, además, aparecen los cambios fisiológicos propios de la pubertad.

En el presente capítulo se describe en primer lugar qué es el desarrollo emocional. A continuación, se muestra cómo este proceso puede ser diferente en algunos adolescentes, como aquellos que son más tímidos o introvertidos, pudiendo en algunos casos desarrollar algún problema que requerirá atención especializada. Posteriormente nos centraremos en el grueso de este capítulo donde se exponen algunas dificultades con las que puede encontrarse una persona con trastorno del espectro del autismo (TEA) al llegar a la adolescencia, como problemas en el área socioemocional, retos en el entorno escolar o dificultades en el desarrollo del plano afectivo-sexual y en aspectos de autonomía y autocuidado.

El objetivo principal de este capítulo es aportar información que facilite la detección de posibles dificultades en áreas concretas relacionadas con la socialización, describir las dificultades con las que se encuentran específicamente las personas con TEA al llegar a la adolescencia y ofrecer sugerencias o pautas para favorecer el desarrollo.

El desarrollo socioemocional en la adolescencia

Durante la adolescencia continúa el desarrollo socioemocional, un proceso a través del cual las personas aprenden a entender y manejar sus emociones, marcarse y alcanzar objetivos positivos, sentir y mostrar empatía por otros, establecer relaciones positivas y tomar decisiones de forma responsable. Se considera que el desarrollo socioemocional tiene diversas áreas: conciencia emocional, au-



Los adolescentes con habilidades sociales escasas se suelen sentir más inseguros en entornos sociales.

toestima y autoconocimiento, regulación emocional, conciencia social/empatía y habilidades de relación y solución de conflictos.



Una característica común en

personas con TEA es la dificultad en habilidades de comunicación e interacción social.

- La conciencia emocional consiste en conocer las propias emociones y las emociones de los demás.
- La autoestima es el punto de referencia para valorarse a uno mismo y se relaciona con la necesidad de ser apreciado y valorado. Las personas con alta autoestima suelen mostrar más seguridad y confianza en ellas mismas y en los demás. Por otra parte, el autoconcepto es la percepción de uno mismo, la visión que cada uno tiene de sus habilidades y características. En general, en la adolescencia suele desarrollarse cada vez más un pensamiento más abstracto que permite crear un autoconcepto más complejo, al mismo tiempo que se va desarrollando la identidad, que está más relacionada con el rol social.
- La regulación emocional se refiere a dar una respuesta apropiada a las emociones que experimentamos, favoreciendo las positivas y gestionando de forma adecuada otras emociones como la rabia, el miedo o la tristeza.
- La empatía es la capacidad de reconocer, comprender y conectar con las emociones de otros. Nos permite comprender el mundo desde la perspectiva de otra persona y esto es clave para establecer buenas relaciones con los demás.
- Las habilidades de relación están relacionadas con habilidades de interacción y comunicación adecuada con el entorno. Algunas habilidades sociales son: iniciar, mantener y acabar una conversación, saber esperar el turno, escuchar a los demás, expresar los sentimientos de forma adecuada, pedir ayuda cuando sea necesario, saber decir no, expresarse de forma asertiva, formular y responder a una queja, demostrar deportividad de un juego/saber perder, hacer frente a la presión grupal y resolver conflictos interpersonales. También están relacionadas las habilidades de conversación recíproca, como saber escuchar, explicar bien los temas, hacer preguntas o mantener el contacto ocular durante la conversación. Finalmente, como el conflicto es una parte inevitable de las relaciones, disponer de habilidades para el manejo de los conflictos será clave.

Existen algunas diferencias por sexo/género en el desarrollo socioemocional. Se considera que en general, las niñas desarrollan una habilidad más temprana para reconocer rostros y expresiones faciales, identificar emociones y el malestar ajeno. Del mismo modo, desarrollarían más tempranamente una conducta prosocial (interés por lo que le pasa a otros, ofrecer ayuda), así como en el reconocimiento de componentes no verbales de la comunicación. Otros aspectos diferenciales son una capacidad más temprana para ofrecer muestras de empatía y entender perspectivas ajenas. También sabemos que existen diferencias en las normas socioculturales de expresión emocional por lo que respecta a la expresión de las emociones en función del género.: el enfado, la rabia y la externalización son más aceptadas en el género masculino, realizando las niñas un aprendizaje de no expresar dichos sentimientos desde edades muy tempranas. Por otro lado, las niñas

tienden a una socialización en diadas (dos chicas juntas) más que en grupos grandes en etapas preescolares y escolares y realizan más juego basado en el lenguaje. Los niños tienden a actividades en grupos, sobre todo deportivas. El componente socioambiental o biológico de estas diferencias, aún no está del todo clarificado.



La timidez y la ansiedad social en la adolescencia

La timidez se caracteriza por la vivencia de incomodidad en situaciones sociales novedosas o en las situaciones en las que se anticipa la evaluación social. Esto conlleva a menudo sensación de inseguridad en situaciones que implican entrar en contacto o relacionarse con otras personas. La timidez en la adolescencia puede ser muy habitual debido a que el adolescente debe aprender nuevos roles y expectativas sociales, además de adaptarse y aceptar los cambios corporales, hormonales y emocionales propios de la etapa vital. Todo ello puede resultar en cierta falta de confianza hacia sí mismo y hacia sus propias habilidades sociales.

Los adolescentes tímidos pueden preocuparse excesivamente sobre la opinión del resto, temen una crítica negativa o hacer el ridículo, y por ello pueden tener dificultades para iniciar o acabar conversaciones, expresar sentimientos o hablar en público. Cuando la timidez es elevada, a menudo se evitan las situaciones sociales, lo cual genera un impacto negativo en la vida de la persona. Así pues, la



La conciencia emocional es el primer paso en el desarrollo de las competencias emocionales y es un área de dificultad para las personas con TEA.

timidez excesiva se asocia con problemas de ajuste social, tales como el retraimiento o inhibición social y la reticencia social, lo cual deriva en una disminución importante en el número y la calidad de las amistades. Cuando la timidez es muy elevada el adolescente puede acabar desarrollando un cuadro de fobia social que requerirá ser atendido por servicios especializados.

A su vez, la timidez puede estar asociada a problemas en el desarrollo de las habilidades sociales. Los adolescentes con habilidades sociales escasas se suelen sentir más inseguros en entornos sociales. A su vez, esta inseguridad provoca que, a menudo, eviten situaciones sociales que son necesarias para el desarrollo de las habilidades sociales, con lo cual se dificulta el desarrollo de las mismas. En este caso será importante ayudar al adolescente de forma específica en la mejora de las habilidades sociales.

El adolescente con trastorno del espectro del autismo

Con frecuencia muchos padres se cuestionan cómo afrontarán sus hijos esta nueva etapa de la adolescencia, cómo se manejarán en el mundo social, cómo se organizarán con las tareas académicas o cómo se ocuparán de sus propios hábitos de higiene y cuidado. Las respuestas a estas preguntas se complican cuando pensamos en adolescentes con TEA.

El TEA es una condición del neurodesarrollo que implica deficiencias en la interacción social recíproca y la comunicación social, junto con intereses restrictivos, conductas repetitivas y anomalías sensoriales. Se trata de una condición de por vida que conlleva un impacto significativo en la persona afectada y su familia.

El espectro incluye diferentes niveles de gravedad y funcionalidad en relación a las capacidades cognitivas y verbales de cada persona. Aun así, una característica común y muy presente es la dificultad en las habilidades de comunicación e interacción social. Las dificultades para relacionarse con otras personas y en muchos casos para controlar su conducta y/o para organizarse a nivel de tareas, puede interferir en el día a día del adolescente. Además, la hipersensibilidad sensorial puede hacer que les cueste integrar hábitos de higiene, como la ducha, interfiriendo también en aspectos de las relaciones sociales.

Las características y particularidades propias del TEA, al tratarse de una condición del neurodesarrollo, acompañan a la persona a lo largo de toda su vida. Por lo tanto, será recomendable que el adolescente esté vinculado a un equipo especialista de salud mental y que tenga apoyos o supervisión en los distintos ámbitos donde se desarrolla (entorno escolar, salud, ocio). Además, es importante estar alerta a situaciones de crisis, las cuales se pueden dar con mayor probabilidad ante momentos de mayor dificultad, cambios o nuevos retos.

Desarrollo socioemocional en el adolescente con TEA

Las dificultades en el desarrollo de la interacción social y la comunicación social propias del TEA pueden interferir de forma importante en las diversas áreas del desarrollo socioemocional (conciencia emocional, autoestima y autoconocimiento, regulación emocional, conciencia social/empatía y habilidades de relación y solución de conflictos). Es importante detectar estas dificultades a tiempo y dotar de estrategias al adolescente.

Como se ha comentado previamente, en general las niñas desarrollan una habilidad más temprana en aspectos de desarrollo socioemocional, como reconocer rostros y expresiones faciales, identificar emociones y el malestar ajeno. Se hipotetiza que, entre otras causas, algunas de estas diferencias en el desarrollo típico entre niñas y niños favorecería en parte también a las niñas con TEA, tendiendo a pasar más desapercibidas en la infancia, lo que llevaría a diagnósticos más tardíos y cercanos a la adolescencia, momento en que las dificultades sociales se hacen más evidentes.

Conciencia emocional

La conciencia emocional es el primer paso en el desarrollo de las competencias emocionales y es un área de dificultad para las personas con TEA. Con frecuencia, estos adolescentes tienen dificultades para identificar y expresar sus propias emociones y esto hace que la gestión emocional sea más complicada.

Para favorecer la conciencia emocional se recomienda:

- Ayudar al adolescente a entrar en contacto con sus propias emociones, creando espacios para la calma y poniendo nombre a sus emociones.
- Favorecer momentos que permitan la comunicación y en los que se sientan escuchados.
- Es posible que la comunicación sea limitada, pero se les puede ayudar a asociar sus sensaciones físicas a emociones (por ejemplo, asociar el malestar abdominal al miedo) y a poner nombre a sus sentimientos.

Autoestima

Los adolescentes con TEA muestran menores niveles de autoestima que los adolescentes de desarrollo típico. En cuanto al desarrollo del autoconcepto y la identidad, en muchas ocasiones los adolescentes con TEA tienden a mostrar un pensamiento más rígido y concreto, con dificultades para la flexibilidad cognitiva y para adquirir conceptos más abstractos. Por ejemplo, podrían tener un autoconcepto basado únicamente en lo que hacen en lugar de estar basado en su forma de ser (por ejemplo soy un jugador de videojuegos) y pensar

además que este autoconcepto es estático y difícil de cambiar. En esta etapa muchos toman mayor conciencia de la diferencia o sienten incompreensión, dando ello lugar al sentimiento de soledad.

Algunas recomendaciones para favorecer la autoestima son:

- Transmitir seguridad y confianza al adolescente.
- Es importante que se sienta apoyado y que se valoren sus logros y esfuerzos.
- Dedicar tiempo de calidad para realizar actividades de ocio juntos o compartir intereses.
- Ante comportamientos inadecuados, se recomienda poner límites de forma clara, pero evitando etiquetar a la persona.

Regulación emocional

En adolescentes con TEA se han observado dificultades en la regulación emocional, con presencia de reacciones emocionales desproporcionadas y poco ajustadas a la situación. En general, muestran más riesgo de presentar alteraciones psicológicas como depresión o ansiedad. En muchos casos, dichas alteraciones están relacionadas con el deseo de formar parte de un grupo y la conciencia de sus propias dificultades para ello. Es importante tener en cuenta que la presencia de ansiedad puede aumentar las dificultades en el funcionamiento social, ya que el aumento de hiperactivación física o fisiológica durante los estados de ansiedad puede dificultar la interpretación de claves sociales y la respuesta social apropiada.

En ocasiones, las dificultades en regulación emocional unidas a los problemas de comprensión social y la tendencia a la rigidez pueden dar lugar a problemas de comportamiento o conductas desadaptativas. En algunos casos pueden aumentar las conductas agresivas hacia ellos mismos o hacia otras personas, especialmente en el caso de los adolescentes con TEA con escaso lenguaje verbal.

La mejor estrategia para manejar los problemas de conducta es actuar antes de que realmente llegue a haber problemas importantes. Algunas claves para prevenir los problemas de conducta y de regulación emocional son:

1. Adaptar las características del entorno:

- Rutinas claras y estables.
- Ambiente estructurado y organizado con estímulos que ayuden a transmitir seguridad y control.
- Anticipación.
- Ayudas visuales.
- Control de estímulos: evitar estímulos que sabemos que ocasionan malestar.



Los adolescentes con TEA muestran menores niveles de autoestima que los adolescentes de desarrollo típico.

2. Cambiar el comportamiento de las personas que rodean al niño o adolescente.

- Prestar atención al estado emocional del adolescente y los posibles signos de ansiedad o depresión.
- Uso de refuerzo positivo.
- En algunos casos, uso de técnicas como economía de fichas, que consiste en “pactar” privilegios (refuerzos) que solo se conseguirán a cambio de realizar otras tareas.
- Asegurar la motivación, atención a los intereses del adolescente.
- Dar instrucciones de forma adecuada: acercarse al adolescente y colocarse delante para asegurar que presta atención; dar órdenes claras, simples y bien definidas.
- No se recomienda amenazar ni castigar, sino motivar al adolescente y reforzar mucho socialmente si hace lo que se le ha pedido.
- Los adultos han de mantener la calma y evitar mostrar ansiedad o pérdida de control.
- Es importante ser coherente con uno mismo y cumplir los pactos que se dicen, como las recompensas. La coherencia debe también mantenerse entre los diferentes adultos.
- Retirar la atención de las conductas poco apropiadas (esto se conoce como extinción)

3. Ayudar al desarrollo de habilidades.

- Favorecer la mejora de habilidades de comunicación e interacción social, a través de programas terapéuticos específicos.
- Ayudar al desarrollo de habilidades de planificación y flexibilidad ante los cambios. Se recomienda el uso de horarios visuales, calendarios visuales e historias sociales (ya comentadas previamente).
- Uso de historias sociales y guiones sociales, que ayuden a saber qué va a pasar y qué se espera de ellos. En ocasiones, las dificultades emocionales y de conducta son consecuencia de los problemas en comprensión social o las habilidades sociales. La comprensión de una situación social específica puede facilitarse a través del uso de historias sociales, que son cuentos cortos que describen situaciones sociales y transmiten información relevante y precisa. Normalmente se usan cuando hay una situación que la persona con TEA no entiende y esto le ocasiona problemas. En estos casos se describe la situación, se plantea el problema y se da una respuesta aceptada para ello. Las historias sociales incluyen material escrito (con lenguaje sencillo) y pictogramas.
- Poner en marcha estrategias que favorezcan la regulación de emociones, como el control del estrés (relajación, respiración, separarse un momento de la situación, distracción con otra tarea placentera).

- Ante una emoción negativa como la rabia, el miedo o la tristeza, es recomendable ofrecer ayuda para expresarla y gestionarla de forma apropiada. Pueden usarse imágenes que le ayuden a expresar su malestar.
- Ante los problemas de conducta y las conductas desadaptativas, es importante mantener apoyos y ayudas tanto en el ámbito escolar como en el contexto familiar. Suele ser útil el uso de ayudas visuales para anticipación.
- Favorecer las emociones positivas, promoviendo actividades que ayuden al desarrollo de la motivación, la curiosidad, la alegría o la calma.
- Entrenar en habilidades de resolución de conflictos: ante algún conflicto o problema concreto, es útil ayudarles a pensar las diferentes opciones sobre cómo podrían haber actuado y las consecuencias que habrían conseguido. En el proceso de resolución de problemas, se recomienda seguir una serie de fases:
 - o Identificar el problema: escuchar al adolescente y definir bien el problema.
 - o Buscar soluciones: generar alternativas de solución.
 - o Anticipar consecuencias: por cada alternativa de solución, anticipar posibles consecuencias.
 - o Escoger la mejor opción, teniendo en cuenta la situación y los distintos puntos de vista.
 - o Evaluar la elección.

En casos de problemas graves de conducta, se requerirá la intervención de profesionales específicos que ayuden en el manejo de la conducta problemática. Algunas recomendaciones generales serían:

- Entender que las conductas problemáticas están relacionadas con el contexto en el que se producen. Por lo tanto, es importante analizar los factores del entorno que afectan al adolescente y valorar posibles cambios que puedan ayudar. Por ejemplo, es posible que algunos adolescentes con TEA muestren más problemas de conducta en contextos que son altamente variables y con situaciones difíciles de prever, lo cual les genera malestar que llevaría a los problemas de conducta. En estas situaciones, puede ser útil intentar que la situación esté más estructurada, planificada y clara. También se pueden usar agendas visuales que expliquen y anticipen lo que va a ocurrir y de esta manera les sería más fácil adaptarse al entorno.
- Las conductas problemáticas suelen tener una función para la persona que las presenta. Por ello, se ha de estudiar qué pretende conseguir el

adolescente con esa conducta y dotarle de estrategias más adecuadas para conseguir su meta.

- Conocer bien al adolescente, su contexto, sus preferencias, sus intereses. Respetar su dignidad.
- Asegurar estabilidad en las rutinas y en el contexto ambiental, anticipando cambios.
- Modificar el comportamiento de las personas del entorno. Por ejemplo, es importante que profesores y familiares aprendan a manejar la conducta de forma adecuada, haciendo uso de estrategias como refuerzo positivo y ayudando a la regulación emocional en momentos difíciles.

Empatía

Por otra parte, las personas con TEA presentan dificultades en empatía, mostrando así problemas en el reconocimiento de las emociones y en la atribución de estados mentales, como creencias, deseos o intenciones de otras personas. Esta baja capacidad de empatía puede hacer que vean las situaciones únicamente desde su propia perspectiva y que muestren dificultades para entender por qué las otras personas se sienten de forma diferente.

Recomendaciones para favorecer la empatía:

- Es importante que los adultos sean buenos modelos y que sean capaces de reconocer las emociones de los adolescentes y actuar en consecuencia.
- Mantener diálogos que permitan manifestar las propias emociones y tomar conciencia de las emociones de otras personas.
- Los adolescentes con TEA pueden necesitar ayuda para leer el lenguaje corporal y entender la comunicación no verbal. Por ejemplo, en ocasiones necesitan ayuda para interpretar la mirada o el tono de voz de otra persona.

Habilidades de relación

En adolescentes con TEA, los problemas de interacción y comunicación social son una característica nuclear y suelen interferir de forma importante en sus habilidades de relación. Aunque muchos adolescentes con TEA mejoran en habilidades sociales al llegar a la adolescencia, este desarrollo social no sigue el mismo ritmo acelerado que sus iguales sin TEA.

Las relaciones adolescentes tienden a volverse complejas y las demandas sociales aumentan rápidamente. En consecuencia, las dificultades sociales se hacen más evidentes en esta etapa de la vida, incluso en casos en los que han podido



La baja empatía propia de los adolescentes con TEA les puede acarrear dificultades para entender que las otras personas se sienten de forma diferente.

pasar desapercibidas en etapas más tempranas. Muchos adolescentes y jóvenes adultos con TEA tienen escasas relaciones con amigos, se aíslan y asisten con poca frecuencia a actividades sociales fuera del entorno escolar o académico. Este distanciamiento entre las habilidades de unos y otros hace que las relaciones sociales sean más difíciles y puede aumentar las dificultades emocionales.



Por ejemplo, los adolescentes con TEA con frecuencia presentan problemas en contacto ocular o dificultad para interpretar las señales sociales verbales y no verbales como el tono de la voz, la expresión facial, los gestos, la mirada y la postura. En la conversación, muestran dificultades para respetar turnos, para proporcionar suficiente información o seleccionar la información que es relevante para el tema que les ocupa. Se observan también dificultades para la gestión de conflictos interpersonales.

Para los niños y los hombres, las relaciones cercanas generalmente se establecen a través de un enfoque en temas relacionados con objetos y actividades, como deportes o eventos. Muchos adolescentes con TEA prefieren implicarse en juegos con amigos que requieran la menor cantidad de interacción posible, como ver películas o jugar a videojuegos.

Por el contrario, para las niñas y las mujeres, las relaciones se establecen mediante el intercambio de pensamientos, emociones, experiencias y actividades, y es más probable que la conversación se centre en temas sociales y en confidencias. Es

decir, las relaciones femeninas adolescentes requieren habilidades sociales más complejas. Además, las chicas con TEA pueden necesitar más tiempo para procesar y responder a la información, lo que dificulta el seguimiento de conversaciones rápidas con sus pares. Todos estos problemas sugieren que las relaciones sociales entre chicas pueden ser más complejas de negociar que las masculinas y, por lo tanto, pueden contribuir a tasas más altas de aislamiento social y problemas de salud mental relacionados, como depresión y ansiedad en las chicas y mujeres con TEA, en comparación con los hombres.

En cuanto a situaciones de conflicto como parte de las relaciones sociales, entre adolescentes el acoso escolar es el conflicto más común y se sabe que afecta más a chicos y chicas con TEA que a otros adolescentes, tal y como indican numerosos estudios. Por el contrario, no existe mucha bibliografía sobre conflictos dentro de las amistades de adolescentes con TEA. En los conflictos relacionales entre chicas, existen comportamientos menos evidentes o explícitos, tanto a nivel verbal (expandir rumores), y comportamientos no verbales (ignorar, miradas penetrantes, retirar la mirada o el saludo), entre otras. Estos comportamientos a nivel emocional pueden tener resultados negativos similares a la intimidación manifiesta, como ser físicamente agredido o amenazado.

Es posible que las chicas con TEA experimenten este conflicto con mayor frecuencia cuando interactúan con niñas neurotípicas que emplean estos métodos. Estos conflictos sutiles y no explícitos, son difíciles de entender para las chicas con TEA. Por lo general, la agresión tiene lugar dentro del contexto de una "amistad", que requiere que las niñas desarrollen una comprensión flexible de los "amigos", en lugar de tomar a las personas al pie de la letra (lo que puede ser un desafío para las chicas con TEA).

Si bien los adolescentes con TEA informan grados similares de conflicto en sus amistades más cercanas, las chicas experimentan más conflictos en su círculo más cercano y más dificultades para manejar dichos conflictos.

Problemas para el ocio y tiempo libre

El uso del tiempo libre es muy variado entre adolescentes con TEA, pero en muchas ocasiones las escasas relaciones sociales pueden estar ligadas a la dificultad para implicarse en actividades extraescolares, asociaciones deportivas o culturales u otras actividades organizadas.

Al igual que los adolescentes de desarrollo típico, los adolescentes con TEA pasan mucho tiempo realizando actividades libres, siendo ver la televisión la actividad más frecuente. En cuanto a diferencias con el resto de adolescentes, destaca que los adolescentes con TEA pasan más tiempo implicados en tareas solitarias (viendo la televisión, usando el ordenador o leyendo) y menos tiempo realizando actividades sociales. Este patrón es más frecuente en adolescentes con TEA que



Las chicas con TEA suelen experimentar más conflictos en su círculo más cercano y más dificultades para gestionarlos.

además tienen discapacidad intelectual o que presentan dificultades de conducta comórbidas, en comparación con adolescentes con TEA sin estas comorbilidades. Los adolescentes con TEA con más habilidades para iniciar y mantener conversaciones con otros muestran más intercambios sociales y participan más en actividades de grupo.

En el caso de las chicas adolescentes con TEA, hay algunas similitudes en cuanto a la gestión del tiempo libre comparadas con los varones con TEA. En estudios cualitativos realizados a padres y madres, destacan una gran necesidad de estructuración de la rutina y resistencia a introducir novedades en la misma. Del mismo modo, pueden presentar mucha dificultad en la transición a otras actividades cuando están realizando sus actividades preferidas, pudiendo llegar a tener alteraciones conductuales o bloqueos en estas circunstancias. Muchas veces existe una sola actividad que quieren realizar, no pudiendo diversificar las opciones para ocupar el tiempo libre. En las adolescentes, puede aparecer un interés excesivo en el uso de nuevas tecnologías. Este uso, puede estar ligado a intentar relacionarse con iguales, tal y como lo hacen los adolescentes de desarrollo típico, pero las adolescentes con TEA, tienen muchas dificultades para interpretar el contenido de los mensajes, incluso contextualizar algunos elementos gráficos como emoticones, lo que genera numerosos malos entendidos en las interacciones. En otros casos, desarrollan un interés excesivo por alguna celebridad, o por *youtubers* o *influencers*. Estas aficiones pueden ser compartidas con chicas de desarrollo típico, sin embargo, destaca el carácter circunscrito, limitado y la intensidad del interés en las chicas con TEA.

Las chicas con TEA pueden tener un elevado deseo de socializar, lo cual es un aspecto positivo, sin embargo, esto puede llevarlas a iniciar contactos con personas desconocidas, por ejemplo en redes sociales, con los riesgos que esto implica.

Recomendaciones para favorecer las habilidades de relación y solución de conflictos:

- Favorecer estrategias de interacción y comunicación social. Este trabajo puede requerir la intervención de profesionales especializados, pero también puede favorecerse desde el entorno familiar y escolar. Entrenar en habilidades de conversación puede ser muy útil para que el adolescente pueda relacionarse con su grupo de iguales.
- Se recomienda favorecer apropiadas actividades de ocio y tiempo libre que permitan tener encuentros con otros adolescentes, ya sea con actividades organizadas o encuentros informales. En estas situaciones puede ser necesario ayudar al adolescente a iniciar acercamientos e integrarse en el grupo.
- Ante situaciones de conflicto interpersonal, es importante ayudar al adolescente a saber mantener la calma, identificar el problema y sus emociones, buscar alternativas de solución y posteriormente poner a prueba esta alternativa y valorarla.

- En el caso de las chicas con TEA, las mismas recomendaciones que para los chicos son útiles. Se recomienda además, ayudarlas a interpretar actitudes verbales y no verbales más sutiles, indicadoras de conflicto, que pueden aparecer en las relaciones entre chicas. Por otro lado, es importante enseñarles estrategias simples de solicitud de ayuda, y facilitarles la identificación de personas de su círculo de confianza, en los diferentes ámbitos donde frecuentan, de manera que estas personas puedan ayudarles en situaciones sociales que no puedan/sepan gestionar solas.
- Es importante favorecer también estrategias de uso seguro de las redes sociales, además de introducir actitudes y temáticas “esperables” y “no esperables” en las mismas.

En algunas situaciones puede ser útil el uso de guiones sociales, que son descripciones explícitas de la secuencia de pasos a realizar en una situación concreta. Esta estrategia ayuda a saber cómo comportarse y saber qué se espera de él en una situación. Por ejemplo, ante una fiesta de un amigo, puede hacerse explícito que hay que saludar, que hay que comer o beber algo y mientras hablar.

¿Cuáles son los retos en el entorno escolar y cómo gestionarlos?

¿Por qué puede resultar difícil ir a la escuela para muchos de los adolescentes con TEA?

¿Cuáles son los retos escolares a los que se enfrentan los adolescentes con TEA?

¿Cómo podemos ayudarles a manejarse mejor en la escuela?

El entorno escolar como un reto

El entorno escolar, desde las primeras etapas de escolarización conlleva desafíos para todos los alumnos. Sin embargo, los retos a los que se deben enfrentar las personas con un TEA son mayores. Éstos se deben principalmente a las dificultades en las habilidades sociales y de comunicación, las conductas restringidas y repetitivas, las dificultades emocionales y de comportamiento y las dificultades de aprendizaje que pueden presentarse. Cuando llegan a la escuela secundaria los retos en cada una de estas áreas aumentan y por lo tanto los adolescentes con TEA necesitan apoyo continuo en la escuela.

Así, a lo largo de la escolarización secundaria de los adolescentes con un TEA pueden surgir dificultades asociadas a distintos factores tales como:



El paso a la escuela secundaria es todo un reto para los adolescentes con TEA: a nivel de comunicación, de comportamiento, social y académico.

- La interacción social que se requiere a lo largo de toda la jornada escolar con los profesores y los compañeros. A menudo se podrán dar dificultades en la comprensión de las situaciones sociales y en su respuesta a estas demandas sociales y emocionales. Así, podemos encontrarnos que el adolescente presente interacción escasa con los iguales, situaciones de conflicto en las relaciones
- Intereses restringidos, rituales o insistencia en que las cosas sucedan de forma estable y sin cambios.
- Estilo particular de pensamiento y de aprendizaje del estudiante.
- Dificultades para manejar situaciones estresantes.
- Déficits en las habilidades de organización y ejecución.
- Episodios de ansiedad y/o disminución del estado de ánimo.

Los adolescentes con TEA comparten características básicas comunes pero cada uno presenta sus propias características y particularidades. Por lo tanto para ayudar a cada uno a enfrentarse a los retos del entorno escolar deberemos tener en cuenta:

- Sus habilidades académicas e interpersonales.
- Sus intereses actuales.
- El estado de salud mental en el momento específico.

Otros retos o situaciones de conflicto que se pueden presentar se deberán a las dificultades del entorno (equipo docente y/o alumnos) para comprender las características de una persona con TEA y saberse manejar con estas.

Algunos factores del entorno escolar que pueden favorecer o dificultar la adaptación al entorno escolar pueden ser:

- Aspectos relacionados con el plan de estudios (si está o no ajustado a las características del alumno).
- Los recursos de apoyo escolar de los que se disponga.
- Las características personales y de formación de los profesionales docentes referentes del adolescente.
- La adaptación al entorno social (amistades, habilidades para socializar e integración social).
- Aspectos ambientales (ruido, estructura, temperatura...).
- La presencia de burlas y de intimidación por parte de compañeros.

El cambio de la escolarización primaria a la secundaria

El paso de la escolarización primaria a la secundaria es un cambio por sí mismo. Como ya sabemos, la adaptación a los cambios resulta difícil para muchas de las personas con un TEA. Además, el paso a la secundaria conlleva cambios significativos y aumento de la exigencia a nivel académico, social y de autonomía

personal. Así pues, es frecuente que en las primeras fases de la escolarización secundaria presenten inquietud o ansiedad ante este nuevo entorno y los retos que conlleva.

Para poder encarar todos estos retos será necesario disponer de:

- Canales de comunicación frecuentes y efectivos entre el equipo docente, el adolescente y sus padres.
- Colaboración entre el equipo docente, el adolescente y sus padres.

El reto de la socialización en la escuela para los adolescentes con TEA

La escuela se da en un entorno social: éste es uno de los grandes retos para la adaptación escolar. El propio contexto escolar exige interacción con los profesores y los compañeros durante todo el día. Así pues, debido a que las personas con TEA presentan alteraciones y particularidades en la esfera sociocomunicativa, la exigencia social será uno de los principales factores de dificultad y de estrés.

La relación con los iguales:

Los adolescentes con TEA presentarán con mayor probabilidad resultados sociales negativos tales como: tener pocos amigos, tener redes sociales limitadas, experimentar más rechazo por parte de sus compañeros que otros niños y/o vivir situaciones de acoso escolar.

Algunas razones por las cuales pueden darse dificultades en las interacciones sociales en la escuela son las siguientes:

- Las dificultades en las habilidades sociocomunicativas. A medida que el niño con TEA crece, sus dificultades sociales y las particularidades de su comportamiento pueden volverse más evidentes y también ser menos toleradas por sus compañeros. Es posible que a pesar de que desee integrarse en el grupo de iguales, el modo de hacerlo sea poco apropiado, inusual o extraño. Así mismo, las dificultades en el uso social del lenguaje (en las habilidades de conversación social) pueden generar dificultades para integrarse en el grupo de iguales (por ejemplo, pueden tener dificultades para saber qué decir en una conversación, decidir qué es relevante e irrelevante o conversar de forma prolongada sobre un tema de su interés sin tener en cuenta si al otro le interesa).
- La propia situación social puede generar ansiedad. Es frecuente que la evitación a integrarse en un grupo se deba a una elevada



Los niños con TEA son objetivo de acoso escolar con mayor frecuencia.

ansiedad social y no a una ausencia de motivación por las relaciones sociales. A su vez, el fracaso en las interacciones sociales conducen a una mayor ansiedad social, estableciéndose así un círculo de anticipación-ansiedad-evitación que conduce a retirarse de las situaciones sociales que aumentan su ansiedad en lugar de tratar de socializar con sus compañeros. En este contexto se entenderá pues como, en ocasiones, reaccionará negativamente cuando se encuentra en una situación social que experimenta como amenazante. También sabemos que los adolescentes con TEA de alto funcionamiento a menudo se dan cuenta de sus dificultades sociales, lo cual aumenta su ansiedad en un contexto de interacción social.

La relación con los profesores:

Muchos de los aspectos mencionados también pueden generar dificultades y conflictos en la relación con los profesores. En ocasiones la comunicación con el profesor puede no estar ajustada, generándose discusiones frecuentes, enfrentamientos o, por el contrario, una conducta excesivamente inhibida.

Acoso escolar (*bullying*)

El acoso escolar (*bullying*) se ha definido como un comportamiento agresivo o daño intencionado que se lleva a cabo de forma repetida en el tiempo en una relación interpersonal caracterizada por asimetría de poder. Actualmente el acoso escolar se considera un importante problema social con consecuencias serias para las víctimas y los agresores. Tanto unos como otros presentan más riesgo de síntomas físicos, como dolores de cabeza o abdominales, más riesgo de sintomatología de ansiedad y más riesgo de suicidio. Además, en los últimos años, una nueva forma de acoso escolar se ha añadido a estas preocupaciones, el *ciberbullying*, que se lleva a cabo a través de las nuevas tecnologías como mensajes de móvil o redes sociales. Es especialmente peligroso porque puede llegar a las víctimas incluso cuando están en su casa.

En el caso de niños o adolescentes con TEA, las dificultades en habilidades sociales y en comunicación les hacen más vulnerables al *bullying*. Los niños con TEA son objetivo de acoso con frecuencia y en muchas ocasiones hay iguales que les provocan intencionadamente para formar parte de peleas o conflictos. Algunos factores de riesgo para sufrir acoso en casos de TEA con buen funcionamiento son: dificultades sociales, hipersensibilidades sensoriales, aislamiento, burlas y exclusión social por parte de compañeros, la presencia de otros problemas de salud mental (por ejemplo el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), depresión, ansiedad o trastorno de conducta), torpeza motor, higiene deficiente, adhesión rígida a normas y reglas, hablar demasiado sobre sus temas

favoritos incluso cuando otras personas están aburridas o molestas con el tema, enfados frecuentes y elevada rigidez (falta de flexibilidad).

Aquellos niños con TEA que quieren relacionarse con sus iguales pero tienen dificultades para ello presentan más riesgo de sufrir acoso escolar que los que prefieren jugar solos o que juegan con otros que se les acercan. Sin embargo, cuando los niños con TEA aprenden a hacer amigos de forma satisfactoria, el riesgo de acoso disminuye.

En algunos casos, los niños o adolescentes con TEA pueden no darse cuenta de estar realizando conductas de acoso hacia otros. Esto puede ser debido a la presencia de respuestas disruptivas o impulsivas, déficits en habilidades sociales y en resolución de problemas, elevada rigidez o insistencia en poner sus propias normas o que se enfaden fácilmente con otros compañeros cuando no consiguen lo que quieren.

Ante este riesgo de dificultades, se recomienda tener conciencia de las elevadas tasas de *bullying* entre adolescentes con TEA y favorecer la integración con el grupo de iguales en el entorno escolar. En algunos casos es necesario adaptar las políticas escolares y proporcionar a alumnos y familias estrategias efectivas para afrontar el acoso. La comunicación con el adolescente y la comunicación entre la familia y el centro escolar es clave para detectar las dificultades y determinar si es necesario tomar medidas específicas.





Para hacer frente a las demandas académicas, los jóvenes con TEA pueden requerir ayuda en aspectos relacionados con planificación, organización y otras funciones ejecutivas.

¿Qué pueden hacer los profesores y los padres para mejorar la adaptación y el bienestar del adolescente con TEA en la escuela?

1. Disponer de un protocolo donde se reflejen sus necesidades y los procedimientos y acciones que se llevarán a cabo para dar respuesta a estas (entornos de aprendizaje integrales y estructurados, contenido curricular especializado, un enfoque funcional para comportamientos difíciles) y una evaluación periódica de estos procedimientos.
2. Potenciar una comunicación frecuente entre los padres y el equipo docente (favorecer la participación familiar).
3. Favorecer situaciones en las que pueda hablar con adultos en un entorno no amenazante.
4. Estar pendiente del estado emocional y conductual del adolescente a modo de poder dar una respuesta no demorada ante situaciones problema, evitando así que se agudicen o se cronifiquen.
5. Ayudarlo a identificar y responder eficazmente al acoso escolar. Para ello suele ser útil el uso de material de historias sociales visuales, así como dar instrucciones claras como qué hacer y a quién acudir en caso de estar siendo acosado.
6. Enseñar al grupo de iguales cómo establecer relaciones positivas con la persona con TEA.

El reto de las transiciones en la escuela

La transición es el cambio que se produce cuando pasamos de una actividad a otra o de un lugar a otro. En el contexto escolar se producen a lo largo del día numerosas veces. Es frecuente en las personas con TEA la dificultad para realizar transiciones.

Esta dificultad se puede explicar por distintos factores: rigidez, bajo interés por la actividad nueva a realizar, dificultades en funciones ejecutivas, hipersensibilidades sensoriales (por ejemplo pasar de la clase donde hay silencio y luz tenue al patio donde hay gritos y mucha luz), dificultades en la comprensión verbal (por ejemplo si se ha dado mucha información sobre el motivo del cambio o la información es contradictoria), dificultad para interpretar señales sociales sutiles que indican que habrá un cambio de actividad...

En este contexto puede aparecer ansiedad y problemas de conducta.

¿Qué se puede hacer para facilitar las transiciones?

- Planificar las actividades.
- Crear rutinas que faciliten la predictibilidad y anticipar los cambios en la rutina.
- Disponer de estrategias para los cambios.
- Asegurar la comprensión de las transiciones.
- Proporcionar información visual clara.

En el momento de cambiar de aula:

- Si presenta hipersensibilidad al ruido y a las multitudes, permitir llegar o salir unos minutos antes o después.
- Ofrecer un horario claro de asignaturas, donde se realizan y hacia dónde ir.
- Notificar los cambios inminentes (es útil también informar a los padres).
- Proporcionar un espacio seguro al que pueda ir en contexto de sentirse estresado.

Problemas en funciones ejecutivas

En los cursos superiores, el rendimiento escolar de los adolescentes con TEA puede verse afectado en el caso de que el adolescente presente dificultades en las funciones ejecutivas, las cuales son más frecuentes en las personas con TEA. Llamamos funciones ejecutivas a un conjunto de habilidades cognitivas tales como: la atención, la memoria de trabajo, la planificación, la organización y la flexibilidad cognitiva. Estas habilidades son importantes a lo largo de toda la vida académica, sin embargo, en cursos superiores, al aumentar la exigencia escolar, las dificultades en estas habilidades genera una mayor interferencia en los aprendizajes. Las dificultades en funciones ejecutivas pueden ocasionar lentitud al coger apuntes, dificultades para adaptarse a cambios de profesores o aulas, torpeza a la hora de planificar el estudio o dificultades para captar la idea principal de un texto. Además, se ha observado que, a medida que se hacen mayores, los adolescentes con TEA muestran más rigidez cognitiva y más problemas en habilidades ejecutivas, dando lugar a más dificultades en situaciones sociales y el entorno laboral.

Para manejar apropiadamente las demandas del instituto, los adolescentes con TEA pueden requerir ayuda en aspectos relacionados con planificación, organización y otras funciones ejecutivas. En muchas ocasiones necesitan un mayor nivel de apoyo externo por parte de la familia o el centro educativo. Estos apoyos pueden ser una comunicación frecuente entre los padres y el centro, supervisión de tareas por parte de los profesores o ayuda de los profesores para dividir proyectos en partes más pequeñas que permitan ir paso a paso. Este tipo de ayudas suelen disminuir en

la época de la adolescencia, pero los alumnos con TEA suelen requerir que se mantengan más tiempo. Esta necesidad de apoyos puede chocar con el mayor deseo de independencia del adolescente y ello puede generar conflicto, razón por la cual se debe mantener el equilibrio e ir ajustando las ayudas según la evolución.

Pubertad y desarrollo afectivo-sexual



Es importante ofrecer información a los adolescentes sobre qué significa la pubertad y que implica un adecuado desarrollo afectivo-sexual.

Como para cualquier persona, el desarrollo afectivo-sexual de los adolescentes con TEA es fundamental para su desarrollo personal. Según la Organización Mundial de la Salud (2002) la sexualidad es una parte integrante del desarrollo psicoafectivo y psicoevolutivo.

Con frecuencia muchas personas con discapacidad tienen problemas en el desarrollo afectivo-sexual debido a dificultades en habilidades sociales, problemas para acceder a contextos naturales de interacción social, actitudes de sobreprotección por parte de sus cuidadores, ausencia de espacios y tiempos privados o falta de educación sexual. Estas dificultades pueden dar lugar a sentimientos de soledad y baja autoestima, que a su vez repercuten en el desarrollo afectivo y pueden dar lugar a falta de vínculos de pareja o a una sexualidad no satisfactoria o inapropiada.

En cuanto a los cambios físicos propios de la pubertad, en algunas ocasiones, los adolescentes con TEA son capaces de explicar de forma precisa los procesos biológicos de la reproducción, pero pueden no entender qué implican estos procesos en ellos mismos. En algunas ocasiones no saben qué información o conductas deben ser privadas.

En el caso de las chicas con TEA, en estudios cualitativos de entrevistas a padres y madres, refieren elevadas dificultades para adaptarse a los cambios corporales propios, y a las necesidades de higiene y autocuidado relacionadas. En este mismo estudio, los padres y madres, referían necesidad de recibir orientaciones sobre cómo tener charlas sobre las relaciones afectivo-sexuales y ayudarles a prevenir potenciales situaciones de abuso.

Otra situación a considerar es la menarquia y los sucesivos períodos menstruales. Se ha observado que, en ocasiones, las chicas con TEA durante la menstruación perciben una intensificación de sus síntomas por ejemplo a nivel sensorial, con una mayor sensibilidad a nivel olfativo, y táctil y al dolor, así como mayores dificultades para regular las emociones y la conducta.

Las chicas con TEA experimentarán muchos cambios durante la pubertad, al igual que otras niñas. Es probable que su primer período sea uno de sus mayores hitos durante este tiempo. El TEA no afecta cuándo las niñas comienzan sus períodos, por lo que muchas niñas con TEA probablemente tendrán su primer período entre los nueve y los once años.



Para favorecer una adecuada comprensión de los cambios físicos propios de la pubertad y un adecuado desarrollo afectivo-sexual, se recomienda:

- Ofrecer información clara sobre los cambios físicos propios de la pubertad y sobre su implicación en su propio cuerpo. Ofrecer información sobre cómo se relacionan estos cambios con el mundo social.
- Ofrecer información sobre cómo mantener la seguridad en situaciones de relaciones con otras personas.
- Clarificar qué información y conductas deben reservarse para el ámbito privado.
- Desarrollar programas de educación sexual adecuados y adaptados a las distintas necesidades de las personas con TEA, teniendo en cuenta su nivel de funcionamiento.
- Respetar momentos de intimidad y privacidad.

En relación a la anatomía y fisiología sexual, se recomienda:

- Ofrecer información sobre su propio cuerpo y desarrollar una actitud positiva hacia uno mismo.
- Promover hábitos de higiene y cuidado personal. Revisiones médicas.

- Ofrecer información sobre aspectos como la menstruación. En el caso de las chicas, proporcionar más información sobre los ciclos menstruales, ayudarles a encontrar estrategias para identificar y regular las sensaciones físicas y emocionales asociadas. Dado que es imposible saber exactamente cuándo una chica tendrá su primer período, es importante tener en cuenta sus preferencias personales, su personalidad y su nivel de comprensión al decidir cuándo debatir este tema. Es importante tener en cuenta que los pre-adolescentes con TEA a menudo necesitan tiempo adicional para adaptarse a los cambios y la nueva información, y a veces pueden obsesionarse con eventos impredecibles. Dado que el primer período generalmente ocurre entre doce y dieciocho meses después de comenzar el desarrollo de los senos, a menudo es un buen momento para comenzar a discutirlo. Es crucial preparar a las chicas para su primer período antes de tiempo. Es importante elegir el momento adecuado para prepararla para esto. Se pueden utilizar apoyos visuales para explicarles los cambios corporales que ocurrirán, el uso adecuado de tampones y compresas, así como escalas, también visuales, para que puedan cuantificar sus sensaciones físicas.
- Ofrecer información sobre otros conceptos como eyaculación y masturbación. Explicar concepto de “público” y “privado”, con apoyos visuales e historias sociales que faciliten la comprensión.

En relación a los abusos sexuales, se recomienda ofrecer información sobre qué son, quiénes pueden cometerlos, quién nos puede ayudar y qué hacer en caso de sufrir abuso sexual. Es importante favorecer la prevención.

Autonomía y autocuidado

Durante la adolescencia aumenta la exigencia de autonomía y de forma gradual el chico o chica va tomando un papel cada vez más activo en su propio cuidado, tareas o decisiones. Cada vez hay menor aceptación de la supervisión de los padres.

Los adolescentes con TEA suelen mostrar mejoría en habilidades de la vida diaria, como vestirse solos, manejar dinero o prepararse un bocadillo. Sin embargo, muchos adolescentes con TEA pueden mostrar descuido de la higiene y el cuidado personal y esta falta de higiene puede llegar a provocar rechazo por parte de amigos o compañeros.

Es posible que sean poco conscientes de la importancia del autocuidado para la aceptación social o que tengan poca motivación social para oler bien o mostrarse

limpios. En otras ocasiones, el rechazo a la ducha o el afeitado puede deberse a la hipersensibilidad sensorial: no les gusta la sensación de agua en la cabeza o la cuchilla en la cara. Por ello, en algunas ocasiones los adolescentes con TEA requieren mucha insistencia para ducharse o afeitarse. En otras ocasiones los adolescentes con TEA pueden mostrar la conducta contraria, llegando incluso a desarrollar rituales obsesivos en relación con la higiene (por ejemplo, el lavado obsesivo de manos).

En estudios cualitativos en padres y madres de chicas adolescentes con TEA, describen muchas dificultades en relación a la apariencia y a la higiene en acciones básicas como la higiene dental, cepillarse el cabello, o cambiarse de ropa. También describen resistencia a usar los aseos públicos o escolares, especialmente durante la menstruación. Estas dificultades podrían ser de causa multifactorial, entre ellas, la falta de comprensión del impacto social, por ejemplo de no mantener hábitos de higiene adecuados, así como la tendencia a la baja autoestima relacionada con la conciencia de diferencia con respecto a sus pares, etc.

Por otra parte, los problemas de sueño pueden mantenerse en la adolescencia y puede aumentar el insomnio y la somnolencia diurna.

Cómo ayudar en autocuidado e higiene personal:

- Averiguar qué factor determina que el adolescente rechace la ducha.
- Explicar la importancia de la higiene para las relaciones sociales y ser aceptado.
- Adaptar pautas de higiene a una posible hipersensibilidad sensorial: por ejemplo, usar un recipiente de agua pequeño para echarse agua, en lugar de la ducha.
- Favorecer rutinas que aseguren una adecuada higiene del sueño.



La terapia en los adolescentes TEA implica un abordaje psicológico, psiquiátrico, apoyo comunitario y educación.

Cómo es la intervención que requiere un adolescente con TEA

Los programas de intervención deben priorizar objetivos relacionados con las características básicas del TEA: dificultades en comunicación, dificultades en interacción social, intereses restringidos y tendencia a la rigidez. Además de atender estas dificultades centrales, en función de cada caso será necesario abordar otros aspectos, como posibles alteraciones de conducta, de gestión emocional, teoría de la mente, imaginación, etc.

En líneas generales el abordaje terapéutico en los adolescentes TEA debería abarcar los siguientes aspectos, siempre bajo una óptica multidisciplinaria e interdisciplinaria:

- Abordaje psicológico: programas terapéuticos específicos de competencia social, conducta, comunicación o de atención a comorbilidades (sueño, alimentación, alteración emocional, etc.).
- Abordaje psiquiátrico: si hay sintomatología comórbida con importante interferencia en el funcionamiento habitual del adolescente.
- Apoyo comunitario: apoyo familiar, red social, actividades de apoyo.
- Educación: programas de comunicación, apoyo en los aprendizajes, orientación académica y laboral.

A modo de conclusión

La adolescencia es una etapa en la que continúa el desarrollo socioemocional y en la que el mundo social adquiere una complejidad importante. Algunos adolescentes se muestran más tímidos o introvertidos en esta fase, pero consiguen adaptarse a su entorno. Sin embargo, el reto es mayor cuando se trata de un adolescente con TEA. En este caso, es necesario prestar atención a aspectos en los que puede presentar más dificultades, como el área socioemocional, el entorno escolar, el desarrollo afectivo-sexual y las áreas de autonomía y autocuidado.

La detección de posibles problemas permitirá a las personas cercanas (como padres, cuidadores o profesores) poner en marcha estrategias que ayuden al desarrollo y a la adaptación al entorno. En algunos casos, cuando las dificultades interfieren de forma importante, puede ser necesaria la intervención por parte de un especialista de salud mental.

Referencias bibliográficas:

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition: DSM-5. American Psychiatric Association, Washington DC.
- Anderson, D.K., Maye, M.P. & Lord, C. (2011) Changes in Maladaptive Behaviors From Midchildhood to Young Adulthood in Autism Spectrum Disorder. *Am J Intellect Dev Disabil*. 2011 Sep;116(5):381-97.
- Barrutia, A. (2009): *Inteligencia emocional en familia*. España: Editorial Toro Mítico.
- Beggiato, A., Peyre, H., Maruani, A., Scheid, I., Rastam, M., Amsellem, F., ... Delorme, R. (2017). Gender differences in autism spectrum disorders: Divergence among specific core symptoms. *Autism Research*, 10, 680– 689. doi:10.1002/aur.1715
- Bisquerra, R. (2009): *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid: Síntesis.
- Cobo, C. (coord., 2012): *Protocolo sobre relaciones interpersonales y sexualidad en personas con discapacidad intelectual, trastornos del espectro autista y otras discapacidades con déficit cognitivo usuarias de centros residenciales*. Dirección General de Personas con discapacidad. Consejería para la Igualdad y Bienestar social. Junta de Andalucía.
- Hebron, J., & Humphrey, N. (2014). Exposure to bullying among students with autism spectrum conditions: a multi-informant analysis of risk and protective factors. *Autism* 18(6): g18–630.
- Hill, E., Berthoz, S., & Frith, U. (2004). Cognitive processing of own emotions in individuals with autistic spectrum disorders and in their relatives. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 229-235.
- Jamison, T.R., Oeth Schuttler, J. (2017). Overview and Preliminary Evidence for a Social Skills and Self-Care Curriculum for Adolescent Females with Autism: The Girls Night Out Model. *J Autism Dev Disorder* 47:110–125.
- Koegel, L.K. & LaZebnik, C. (2009). *Growing Up on the Spectrum*. New York, NY: Penguin Group, p. 160.
- Koenig K. & Tsatsanis K.D. (2005) *Pervasive Developmental Disorders in Girls*. In: Bell D.J., Foster S.L., Mash E.J. (eds) *Handbook of Behavioral and Emotional Problems in Girls*. Issues in Clinical Child Psychology. Springer, Boston, MA
- Mademtzj, M., Singh, P., Shic, F., Koenig, K. (2018). Challenges of Females with Autism: A Parental Perspective. *J Autism Dev Disord* 48:1301–1310.
- McCauley, J.B., Harris, M.A., Zajic, M.C., Swain-Lerro, L.E., Oswald, T., McIntyre, N., Trzesniewski, K., Mundy, P. & Solomon, M. (2019). Self-Esteem, internalizing symptoms, and theory of mind in youth with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychology*; 48 (3): 400-411.
- Nichols, S., Moravcik, G.M., & Pulver Tetenbaum, S. (2009). *Girls Growing Up on the Autism Spectrum: What Parents and Professionals Should Know about the Pre-teen and Teenage Years*. London: Jessica Kingsley.
- Rosenthal, M., Wallace, G.L., Lawson, R., Wills, M.C., Dixon, E., Yerys, B.E. & Kenworthy, L. (2013) Impairments in real-world executive function increase from childhood to adolescence in autism spectrum disorders. *Neuropsychology*.;27(1):13-8.
- Rowley E., Chandler S., Baird G, et al. (2012). The experience of friendship, victimization and bullying in children with an autism spectrum disorder: associations with child characteristics and school placement. *Research in Autism Spectrum Disorders* 6(3): 1126–1134.
- Rubenstein, E., Wiggins, L., & Lee, L. (2015). A Review of the Differences in Developmental, Psychiatric, and Medical Endophenotypes Between Males and Females with Autism Spectrum Disorder. *J Dev Phys Disabil*, 27(1): 119–139.

SIIS Centro de Documentación y Estudios, Vivir mejor. Apoyo conductual positivo. Serie: Buenas Prácticas en la Atención a Personas con Discapacidad Vitoria-Gasteiz, Diputación Foral de Álava, 2011, 54Smith, L.E., Maenner, M.J. & Seltzer, M.M. (2012) Developmental trajectories in adolescents and adults with autism: the case of daily living skills. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012 Jun;51(6):622-31.

Steward, R. (2013). *The Independent Woman's Handbook for Super Safe Living on the Autistic Spectrum*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Underwood, M.K. (2004). Glares of contempt, eye rolls of disgust and turning away to exclude: non-verbal forms of social aggression among girls. *Feminism & Psychology* 14(3):371-375.

White, S. W., Ollendick, T., Albano, A., Oswald, D., Johnson, C., Southam-Gerow, M. A., Kim, I. & Scahill, L. (2013). Randomized controlled trial: Multimodal anxiety and social skill intervention for adolescents with autism spectrum disorder. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 43(2), 382-394.

Zablotsky, B., Bradshaw, C.P., Anderson, C.M. & Law, P. (2014). Risk factors for bullying among children with autism spectrum disorders. *Autism*; 18 (4): 419-27.

10. El TDAH y los trastornos de conducta en los adolescentes

José Ángel Alda.

Psiquiatra. Jefe de Sección y Coordinador de la Unidad del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

Child Mind Institute.

Organización americana independiente sin fines de lucro dedicada a transformar las vidas de los niños y las familias que luchan contra la salud mental y los trastornos del aprendizaje.

Daniel tiene once años, acude a la consulta por problemas de atención, inquietud e impulsividad. Los padres sitúan el inicio de los problemas al comenzar preescolar, sobre los tres años. En estos momentos cursa 6º de primaria, con un rendimiento justo, por debajo de sus capacidades. En los informes escolares aparecen problemas de atención: no apunta las cosas en la agenda, no escucha, *pasota* “de siempre”, pierde cosas con frecuencia o las olvida y luego no sabe donde están, los padres refieren que se despista con facilidad, “está en la luna”. También existen síntomas de inquietud e impulsividad: contesta sin pensar, es muy movido, tiene que estar continuamente en movimiento, toca todo lo que está a su alrededor, en el cole hace “ruiditos con el boli o el lápiz” que pone nervioso al que está a su lado. Este curso aparecen problemas de conducta: se porta mal tanto en casa como en el cole, muestra



una actitud desafiante hacia las figuras de autoridad, “siempre es que no, nunca hace las cosas a la primera”.

Este trimestre le han expulsado de clase por pelearse con un niño en los vestuarios después de educación física, también ha empezado a coger dinero a los padres para gastar en aplicaciones y videojuegos online. Los padres y el cole no saben que hacer con él.



Gestionar las emociones intensas de una manera sana y madura requiere una variedad de habilidades que debemos conocer.

Introducción

Tal como se ha explicado en el primer capítulo, la adolescencia es una época que constituye un periodo crucial de la vida en la cual se producen cambios muy importantes en la estructura y en las funciones cerebrales. Se afianzan los circuitos que regulan las funciones ejecutivas y que permiten una correcta integración entre el cerebro racional y el emocional, sino que además se eliminan todos aquellos que carecen de utilidad mediante un proceso de “poda sináptica”. En este sentido, la regulación emocional y la impulsividad se encuentra en un proceso de normalización, pero ¿cómo podemos diferenciar el problema del trastorno?

En este capítulo abordaremos dos ámbitos que en ocasiones se interrelacionan, por un lado, enmarcaremos los problemas de conducta y los trastornos en los que aparecen y por otro lado explicaremos la diferencia entre los problemas de atención e impulsividad y el TDAH en la adolescencia.

Problemas de conducta y trastornos de la conducta: conceptos básicos, implicaciones familiares y tratamiento

Los problemas de conducta en los jóvenes pueden suponer un impacto negativo en todos los miembros de la familia. Los padres saben que necesitan responder, pero a menudo no están seguros de cuál es la mejor estrategia, especialmente si un niño se porta mal con frecuencia y nada parece funcionar. Este capítulo ofrece a los padres una visión integral de la conducta problemática. Cubre una variedad de temas, incluyendo los factores que puede desencadenar un comportamiento problemático, cómo mejorar la relación entre padres e hijos cuando ésta se vuelve tensa, qué hacer si los niños tienen problemas con el comportamiento en la escuela y cómo obtener ayuda profesional en caso de ser necesario.

El presente capítulo también revisa el diagnóstico y el tratamiento de los llamados trastornos de la conducta, incluido el trastorno negativista desafiante (TND), el trastorno de conducta, el trastorno explosivo intermitente (TEI) y el



trastorno por desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDEA). Hay que recordar que desde 2013, el DSM-5 sitúa al TDAH dentro de los trastornos del neurodesarrollo, saliendo de la clasificación de los trastornos de conducta.

¿Por qué algunos niños tienen problemas de conducta?

Cuando los jóvenes tienen rabietas o enfados frecuentes o intensos, puede ser una señal de que aún no han desarrollado las habilidades que necesitan para hacer frente a sentimientos como la frustración, la ansiedad y la ira. En muchas ocasiones estos síntomas son difíciles de diferenciar de los cambios propios que ocurren en la adolescencia, necesitando personal entrenado para poder diferenciarlo de un trastorno más grave. En general, si los síntomas son más frecuentes, intensos y con afectación en varios ámbitos (escuela, casa, etc.) junto a la ausencia de “momentos” agradables y de comunicación fluida o de compartir alguna actividad orientarían más hacia un problema que debería ser valorado por el especialista.

Manejar las emociones intensas de una manera sana y madura requiere una variedad de habilidades, que incluyen:

- Control de los impulsos
- Autorregulación emocional
- Resolución de problemas
- Retrasar la gratificación
- Negociar
- Comunicar deseos y necesidades a los adultos
- Saber qué es apropiado o esperado en una situación determinada



Las rabietas generalmente no son un comportamiento voluntario de un niño, pero pueden ser lo que se conoce como un “comportamiento aprendido”.

Puede parecer que otros jóvenes tienen más dificultades con los límites y en seguir las reglas. Pueden ser desafiantes o ignorar las instrucciones o intentar evitar situaciones que no son opcionales. Es posible que los padres noten patrones de conducta que parecen surgir en ciertos momentos del día (como la hora de irse a dormir) durante ciertas tareas (como a la hora de hacer los deberes) o con ciertas personas. También pueden notar que los hijos se comportan mal, especialmente cuando está en casa, pero no cuando está en la escuela, o viceversa.

Las rabietas y otros tipos de actitudes son a menudo una parte normal e incluso saludable de la infancia. Son una señal de que un niño se está volviendo más independiente, indicaciones de que un niño está probando límites, desarrollando habilidades y opiniones, y explorando el mundo que le rodea.

Pero cuando un niño o adolescente se porta mal, puede tensar la relación entre padres e hijos, creando frustración y resentimientos regulares que no son saludables en la familia.

El comportamiento perturbador o desafiante se puede aprender

A veces, los padres sienten que la conducta problemática es intencionada o manipuladora. Sin embargo, los médicos que se especializan en el comportamiento de los niños están de acuerdo en que las rabietas generalmente no son un comportamiento voluntario de un niño, pero pueden ser lo que se conoce como un “comportamiento aprendido”. Eso significa que los niños aprenden que con este tipo de actitudes consiguen el resultado deseado.

En otras palabras, si bien un niño que lucha por controlar sus emociones puede que no esté calculando conscientemente sus rabietas, puede recurrir a ellas

porque no ha aprendido una mejor manera de resolver problemas o comunicar sus necesidades. Los padres, de manera bien intencionada, a menudo responden a las rabietas tratando de solucionar lo que sea que haya causado el problema, consolando al niño o dándole lo que esté pidiendo. Desafortunadamente, esto refuerza el comportamiento de las rabietas, lo que hace que los niños sean más propensos a seguir teniendo rabietas y menos propensos a desarrollar formas más sofisticadas y más adecuadas de manejar sus sentimientos.

¿Cuándo es necesario acudir a un profesional ante los problemas de conducta?

La mayoría de los niños tienen rabietas o arrebatos ocasionales. Actuar mal cuando es hora de irse a la cama o dejar de jugar es parte del proceso. Pero cuando los niños tienen rabietas que son frecuentes o intensas o el comportamiento se vuelve inapropiado o extremo para la edad, o parece que no pueden controlar su temperamento la mayor parte del tiempo, es posible que se trate de un problema de conducta fuera de lo común.

Aquí hay algunas señales a tener en cuenta:

- Cuando el problema de conducta interfiere con su capacidad para hacer amigos o llevarse bien con los demás.
- Cuando el problema de conducta está causando muchos conflictos en el hogar y perturbando la vida familiar.
- Cuando el niño siente que no puede controlar su ira y eso lo hace sentir mal consigo mismo.
- Cuando su comportamiento está causando problemas en la escuela con sus maestros o sus compañeros de estudios.
- Cuando su comportamiento es peligroso para él/ella o para los demás.

Para aquellos padres que estén preocupados por el comportamiento de su hijo y sienten que tienen dificultades para manejarlo por su cuenta, puede ser útil programar una cita con un especialista que tenga experiencia en salud mental infantil y juvenil. El especialista puede realizar una evaluación integral para determinar si el niño o adolescente puede tener un trastorno de salud mental no diagnosticado que esté contribuyendo a sus problemas de conducta, o recomendar estrategias o tratamientos específicos que podrían ser útiles.



Debemos estar atentos a aquellas señales que nos hagan sospechar que el niño o adolescente presenta un trastorno de conducta.

Trastornos de salud mental responsables de los problemas de conducta y trastornos disruptivos y de control de los impulsos

A continuación, se presentan algunos trastornos de salud mental y otras dificultades que pueden estar asociadas con los problemas de conducta. Algunos de estos son “trastornos del comportamiento”, pero otros, como la ansiedad o los trastornos del aprendizaje, son problemas bastante diferentes que pueden manifestarse como problemas de conducta.

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDEA): los niños con TDDEA experimentan frecuentes y graves arrebatos de temperamento que parecen enormemente desproporcionados a la situación respectiva. Entre berrinches, los niños con TDDEA se caracterizan por ser crónicamente irritables. Su comportamiento disruptivo es el resultado de elevada respuesta emocional y pobres habilidades de autorregulación. Los niños con TDDEA a menudo se disculpan mucho después de que termina una rabieta.
- Ansiedad: los niños que parecen enojados y desafiantes pueden estar muy ansiosos. Cuando los niños tienen dificultades para afrontar situaciones que les causan angustia, pueden golpear o dar patadas a alguien o algo. Esto puede suceder cuando las demandas en el hogar o la escuela ejercen una presión sobre ellos que no pueden manejar. En una situación que induce ansiedad, el instinto de “luchar o huir” del niño puede afianzarse: puede actuar con una rabieta o negarse a hacer algo para evitar la fuente del miedo concreto. Para más información sobre la ansiedad consultad el capítulo *Preocuparse en exceso (ansiedad)*.
- Trauma: los niños que han sido traumatizados con frecuencia enmascaran su dolor con un comportamiento agresivo. Como resultado de su trauma, pueden presentar una autorregulación emocional deficiente, pensamientos negativos y estar demasiado alerta de los peligros, y es más probable que activen su respuesta de “lucha o huida” en un esfuerzo por protegerse.
- Problemas de aprendizaje: los niños que se portan mal repetidamente en la escuela o durante la hora de hacer los deberes pueden tener un trastorno de aprendizaje no diagnosticado. Es posible que se sientan frustrados y avergonzados porque tienen dificultades para hacer cosas que a otros niños les parecen fáciles y no saben por qué. En lugar de pedir ayuda, es posible que no cumplan con sus tareas o se comporten mal para distraerse de sus problemas reales.

- Problemas de procesamiento sensorial: algunos niños tienen problemas para procesar la información sensorial que obtienen del mundo que los rodea. Los niños que son hipersensibles o insuficientes a la estimulación a menudo pueden sentirse incómodos, ansiosos, distraídos y abrumados, lo que con frecuencia puede llevar a comportamientos perturbadores.
- Autismo: los niños con trastorno del espectro del autismo tienden a ser rígidos, necesitan una rutina constante para sentirse seguros, y los cambios inesperados pueden provocar que tengan una rabieta. Los niños con autismo también pueden presentar dificultades con problemas sensoriales que los dejan abrumados. Algunos niños con TEA también pueden carecer de las habilidades de lenguaje y comunicación para expresar lo que quieren o necesitan. Consultar el capítulo *Cuando la socialización es un reto (adolescencia y autismo)* para más información sobre el adolescente con TEA.

En el Manual Diagnóstico del DSM 5 de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) se clasifican los trastornos disruptivos y del control de los impulsos en:

- El trastorno negativista desafiante (TND): los niños con TND tienen un patrón bien establecido de problemas de conducta, con síntomas que incluyen discutir con figuras de autoridad, negarse a seguir las reglas, culpar a otros por sus errores, estar inusualmente enojados e irritables, entre otros. Todos los niños pueden tener estos síntomas de vez en cuando. Lo que distingue al TND de la conducta de oposición normal es lo grave que es y cuánto tiempo llevan presentando estos síntomas.
- Trastorno explosivo intermitente (TEI): arrebatos recurrentes en el comportamiento que reflejan una falta de control de los impulsos con agresividad.
- Trastorno de la conducta: presentan un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, puede existir agresión a personas o animales, destrucción de la propiedad, robo o engaño o incumplimiento grave de las normas sociales.
- Trastorno de la personalidad antisocial: inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde los quince años.
- Píromania: provocación de incendios de forma deliberada e intencional.
- Cleptomanía: el individuo presenta un fuerte impulso de robar objetos que no son necesarios para uso personal ni por su valor monetario.



El trastorno de conducta se caracteriza por un comportamiento violento emocional y, a veces, físico y por el desprecio por los demás.



Algunos consejos para manejar el comportamiento problemático pasan por no ceder, ignorar el comportamiento negativo y elogiar el positivo.

Trastorno de la conducta

El trastorno de conducta se caracteriza por un comportamiento violento emocional y, a veces, físico y por el desprecio por los demás. Los niños con trastorno de conducta exhiben crueldad, desde empujones, golpes y mordiscos tempranos hasta, más tarde, burlas y más acoso de lo que sería normal para la edad, herir a los animales, provocar peleas, robos, vandalismo e incendios provocados.

Síntomas del trastorno de conducta:

- Un desprecio persistente por las normas sociales y los derechos, sentimientos y espacio personal de otras personas.
- Obtener gratificación de la agresión, el engaño o la coerción.
- En un niño más pequeño, mentir por el simple hecho de mentir, robar artículos sin valor aparente, acoso implacable.
- En un niño mayor, provocar peleas, allanamiento de morada, mentir, hacer trampa, robar, vandalismo y comportamiento abusivo emocional o físicamente, incluso empuñar un arma mortal o forzar el sexo.
- Los profesionales también intentan determinar si el comportamiento es una adaptación negativa a un entorno problemático, un comportamiento “aprendido” o si la gratificación que proviene de la agresión parece originarse desde dentro.

El tratamiento del trastorno de conducta implica psicoterapia y terapia conductual que idealmente involucra a toda la familia y la red de apoyo del niño o adolescente. Cuanto antes se diagnostique el trastorno, más exitosa será la terapia.

En los niños más pequeños, la terapia de interacción entre padres e hijos se usa para enseñar a los padres cómo alentar los comportamientos deseados y desalentar uno disruptivo, y al niño a controlar su comportamiento de manera más efectiva.

En los adolescentes, la terapia puede dirigirse no solamente a su conducta en casa, sino también a las interacciones con las figuras de autoridad en la escuela y los compañeros. Dado que el trastorno de conducta a menudo (pero no siempre) se diagnostica junto con otros trastornos que pueden tratarse farmacológicamente, un niño también puede tomar medicamentos como parte de su terapia.



Programas para padres para el manejo de conductas problemáticas

Los programas de capacitación para padres están diseñados para reforzar las habilidades que los padres pueden necesitar para manejar el comportamiento problemático de un niño y mejorar la relación entre padres e hijos. Estos programas están dirigidos por psicólogos y trabajadores sociales y se basan en la evidencia disponible, lo que significa que se han probado exhaustivamente y han demostrado su eficacia científicamente. A continuación, se muestra una lista de diferentes tipos de programas para padres, en la que se presentan las características que los hace diferentes y para qué tipo de familias pueden ir mejor.

- **Capacitación para el manejo de padres (CMP):** en la CMP, que es para niños de tres a trece años, los padres generalmente asisten sin el niño presente, aunque se les puede pedir a los niños que participen en algunas sesiones. El terapeuta enseña y modela las habilidades para lidiar más eficazmente con los comportamientos desafiantes y luego realiza un juego de roles con los padres. Después de cada sesión, se espera que los padres practiquen las

habilidades en casa. Las familias suelen participar en al menos diez sesiones. Dado que la CMP es apropiada para todas las edades, es una buena opción cuando los niños son demasiado mayores para terapia de interacción entre padres e hijos (PCIT, por sus siglas en inglés de *Parent-Child Interaction Therapy*). También puede ser una buena opción para familias donde la relación entre padres e hijos es fuerte, pero los niños pueden estar presentando ansiedad, impulsividad extrema o ira explosiva.

- **Adolescentes desafiantes:** es para padres de adolescentes que tienen entre trece y dieciocho años. La primera mitad de este programa involucra solo a los padres y se enfoca en enseñar herramientas más efectivas para interactuar con el hijo adolescente, específicamente para manejar la falta de cumplimiento o el comportamiento desafiante. Pero dado que los adolescentes son más autónomos que los niños más pequeños y están menos influenciados por la orientación de sus padres, el programa también incluye capacitación para el adolescente para ayudarlo a participar en el cambio de la dinámica familiar. En la segunda mitad, tanto los padres como los adolescentes están capacitados en la comunicación para resolver problemas. El objetivo es proporcionar recursos de comportamiento familiar para ayudar a cada miembro de la familia a desarrollar habilidades de comunicación, negociación y resolución de problemas más efectivas y corregir cualquier creencia irrazonable que pueda estar impidiendo sus interacciones.

Consejos para manejar el comportamiento problemático

Finalmente, se enumeran a continuación algunos consejos generales para los padres con hijos con conductas desafiantes o disruptivas.

- No ceder. Los padres deben resistir la tentación de terminar la escena dándole a su hijo/a lo que quiere cuando explote. Ceder le enseña que las rabietas funcionan.
- Mantener la calma. Las respuestas duras o emocionales tienden a intensificar la agresión de un niño, ya sea verbal o física. Al mantener la calma, también le está modelando al niño el tipo de comportamiento que desea ver en él.
- Ignorar el comportamiento negativo y elogiar el comportamiento positivo. Los padres deben ignorar las malas conductas menores, ya que incluso la atención negativa como regañar o decirle al niño que se detenga puede reforzar sus acciones. En su lugar, es mejor elogiarlo por aquellos comportamientos que se desean fomentar.

(No hay que decir simplemente “lo has hecho muy bien”, sino “nos gusta mucho como has conseguido mantener la calma”).

- Usar consecuencias consistentes. Los niños necesitan saber cuáles son las consecuencias de los comportamientos negativos, como los “tiempos fuera”, así como las recompensas por los comportamientos positivos, como por ejemplo el tiempo en la tableta o en la consola de videojuegos. Los padres deben demostrarle que cumplen con estas consecuencias en todo momento.
- Esperar a hablar hasta que termine la crisis. No es aconsejable intentar razonar con un niño que está enfadado o molesto. Es mejor animar a un niño a practicar la negociación cuando no esté enrabado (ni tampoco los padres).

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad, o TDAH, es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes en niños y adolescentes. Es un trastorno que hace que sea inusualmente difícil para los niños y adolescentes concentrarse, prestar atención, no levantarse de la silla sin motivo, seguir instrucciones y controlar el comportamiento impulsivo.

Si bien todos los niños pequeños a veces se distraen, están inquietos e ignoran las instrucciones de los padres y maestros, los niños con TDAH se comportan de esta manera con mucha más frecuencia que otros niños de su edad. Y su incapacidad para calmarse, concentrarse y cumplir con las tareas de manera apropiada para su edad hace que sea muy difícil para ellos hacer lo que se espera de ellos en la escuela. También puede provocar conflictos en el hogar y dificultades para llevarse bien con los compañeros. En España los datos reflejan una prevalencia entre el 3 - 7 %.

Los síntomas del TDAH se dividen en dos grupos: conductas de falta de atención y conductas hiperactivas e impulsivas.

Síntomas de falta de atención en el TDAH:

- Comete errores por descuido.
- Se distrae fácilmente.
- No parece estar escuchando cuando se le habla directamente.
- Tiene dificultad para seguir instrucciones.
- Tiene problemas para organizarse.



Se calcula que en nuestro entorno la prevalencia del TDAH se sitúa alrededor del 3- 7 %.

- Evita o no le gusta el esfuerzo sostenido.
- Es olvidadizo, siempre pierde cosas.

Síntomas hiperactivos o impulsivos del TDAH:

- Se mueve inquieto o se retuerce en la silla, tiene problemas para permanecer en un lugar o esperar su turno.
- Corre y trepa en exceso.
- Tiene problemas para jugar en silencio.
- Presenta impaciencia extrema.
- Siempre parece estar “en movimiento” o “impulsado por un motor”.
- Habla o interrumpe en exceso, contesta de forma impulsiva antes de que acabes de hacer la pregunta.

Algunos niños exhiben solo el primer grupo de síntomas de TDAH (inatención) y algunos exhiben solo el último (hiperactividad/impulsividad). Pero la mayoría de los que tienen un diagnóstico de TDAH tienen una combinación de ambos, lo que puede dificultar su funcionamiento en la escuela y en otras actividades, y puede crear muchos conflictos en el hogar.



Principalmente el problema de los niños y jóvenes con TDAH se centra en una dificultad en el punto de ejecución de la tarea. Las funciones ejecutivas⁵ se encuentran alteradas de manera que pueden entender perfectamente la tarea a realizar, pero muestran elevadas dificultades en la ejecución de la tarea provocando que muchas de ellas no finalicen con éxito.

Para los jóvenes con TDAH, su falta de atención e impulsividad afectan a sus amistades, actividades extracurriculares y la vida familiar. Pueden tener problemas para hacer y mantener amigos porque interrumpen constantemente y son propensos a explotar cuando no se salen con la suya. No es raro que los niños con TDAH grave sean excluidos de las citas de juegos o cumpleaños porque es difícil que se pueda contar con ellos para que se comporten bien. Los niños con TDAH pueden tener problemas para jugar en equipos porque les resulta complicado concentrarse y seguir las reglas.

En casa, pueden encontrarse en un proceso de colisión con sus padres y hermanos porque no siguen las instrucciones, son impulsivos y se derrumban cuando se les pide que hagan la transición de alguna actividad que disfrutaban a la hora de comer, hacer los deberes o irse a dormir.

Adolescentes y TDAH

Cuando los niños con TDAH llegan a la adolescencia, su impulsividad puede ser peligrosa, haciéndolos propensos a accidentes automovilísticos, sexo inseguro y otras conductas de riesgo o peligrosas. De hecho, el desafío y los arrebatos emocionales son muy comunes en los niños con TDAH, aunque no son, en sí mismos, síntomas de TDAH.

Los niños y adolescentes que tienen TDAH tienden a mostrarse desafiantes cuando se espera que hagan cosas que les resultan difíciles, especialmente cuando eso significa dejar de hacer algo placentero, como jugar a un videojuego. Así que cosas como hacer los deberes, irse a la cama, vestirse e ir a cenar pueden convertirse en campos de batalla. Estas situaciones les resultan difíciles de tolerar debido a los déficits heredados para prestar atención, tolerar una situación aburrida, controlar los impulsos, pasar de una actividad divertida a otra menos placentera y controlar su nivel de actividad. Dado que estas situaciones son realmente complicadas para ellos, es posible que intenten evitarlas. Las estrategias de evitación que estos niños suelen utilizar son el comportamiento perturbador, las rabietas, las discusiones, el desafío y las luchas de poder.

No hay un adolescente típico con TDAH. En general, los adolescentes con TDAH tienden a mostrar menos síntomas de hiperactividad que asociamos con el TDAH en los niños. Pero una vez que los niños llegan a la escuela secundaria,



Cuando los niños con TDAH llegan a la adolescencia, su impulsividad aumenta, haciéndolos propensos a conductas de riesgo o peligrosas.

5. Las funciones ejecutivas son un conjunto de procesos cognitivos necesarios para el control cognitivo de la conducta: seleccionar y controlar con éxito las conductas que faciliten el logro de los objetivos escogidos.

las expectativas que se depositan en ellos, tanto académica como socialmente, aumentan enormemente, y eso puede ser difícil para los adolescentes con TDAH.

Desde el punto de vista del desarrollo, se espera que los adolescentes sean capaces de ser más autónomos: menor estructura en su vida escolar y familiar y menor supervisión de maestros y padres, y mayores demandas y expectativas. Con sus déficits de atención, los desafíos para los niños con TDAH aumentan en la adolescencia. Además, los adolescentes son más susceptibles a la influencia del grupo de compañeros, que se vuelve más poderosa en la adolescencia, a medida que los niños se separan gradualmente de sus padres y otras figuras de autoridad.

Aproximadamente la mitad de los adolescentes con TDAH tienen serios problemas en las relaciones con sus compañeros. Las investigaciones muestran que tienden a tener menos amistades recíprocas y es más probable que sus compañeros los ignoren o rechacen. También es más probable que sean víctimas de acoso escolar o intimiden a otros. Puede deberse a un deterioro de las habilidades sociales y de comunicación: es posible que no escuchen a sus amigos, no capten señales sociales importantes o actúen de manera impulsiva o intrusiva.

Para ayudar a un adolescente con TDAH, lo más importante que pueden hacer los padres es saber con quién pasa el tiempo su hijo adolescente y tratar de alentarle a que hable con ellos o con otro adulto de confianza sobre las dificultades de amistad y relación. También es importante fomentar su participación en actividades extracurriculares, que ofrecen oportunidades sociales en un entorno estructurado. Ante la observación de un adolescente con TDAH con serias dificultades para hacer y mantener amigos, es recomendable consultar a un terapeuta para que pueda enseñarle habilidades sociales.

La adolescencia tiende a ser una montaña rusa emocional para todos los niños, pero los que tienen TDAH son propensos a una mala regulación de las emociones, lo que puede resultar en mayores altibajos. Su impulsividad emocional les puede hacer que sea especialmente difícil lidiar con la frustración. Puede ser difícil para ellos y para quienes los rodean.

Los padres pueden ayudar a los adolescentes a practicar estrategias para calmarse y desarrollar herramientas de afrontamiento. También pueden hablar con él sobre el valor de disculparse después de que haya perdido los estribos. Para los niños y adolescentes con TDAH que tienen problemas graves de regulación emocional, la terapia cognitivo-conductual puede ser eficaz.



Los padres pueden ayudar a los adolescentes con TDAH a practicar estrategias para calmarse y desarrollar herramientas de afrontamiento.

Diagnóstico del TDAH

Debido a que los síntomas del TDAH también pueden ser el resultado de otros problemas, como ansiedad, depresión o trauma, un profesional que evalúe a un niño o adolescente debe descartar cuidadosamente otras posibles razones de su comportamiento. Un niño debe recibir un diagnóstico de TDAH solo si exhibe una variedad de conductas de falta de atención o impulsivas:

- A un nivel anormal para los niños de su edad.
- Durante un período prolongado.
- En más de un entorno, tanto en el hogar como en la escuela, por ejemplo.
- Estos comportamientos también deben interferir significativamente con el trabajo escolar o la interacción social.

¿Cómo se realiza un diagnóstico de TDAH?

Para hacer un diagnóstico preciso, un facultativo con experiencia en el TDAH y sus comorbilidades más frecuentes debe recopilar información de varias personas que han observado al niño o adolescente en cuestión, incluidos los padres, otros cuidadores y maestros. Se debe pedir a los padres y maestros que completen alguna escala de evaluación de síntomas, como *ADHD RS* (DuPaul), *SNAP*, *Child Behavior Checklist* o el *Conner's Checklist*, para realizar una evaluación precisa de la frecuencia de los síntomas durante un período de tiempo. A un niño se le puede realizar una prueba conocida como prueba de rendimiento continuo (CPT, por sus siglas en inglés de *Conners' Performance Test*), que califica su capacidad para completar una tarea repetitiva durante un período de tiempo y puede brindar una imagen más completa de sus síntomas de TDAH. Un niño no debe ser diagnosticado con TDAH simplemente por el informe de un padre o maestro de que está demasiado activo o distraído.

En estos momentos no disponemos de pruebas de neuroimagen, laboratorio o genética que proporcionen un diagnóstico certero del TDAH. El diagnóstico, como se ha referido antes, es clínico realizado por un facultativo (pediatra, neuropediatra, psicólogo clínico o psiquiatra) con experiencia en TDAH y en sus comorbilidades.

Con frecuencia es la escuela, profesores y psicólogos escolares, los que dan la señal de alarma sobre la existencia de un posible TDAH. En nuestro entorno es el pediatra del centro de salud el primero en realizar el cribado clínico, y según la gravedad de los síntomas o la existencia de comorbilidades, remitirá a la red de salud mental o neuropediatría.



A menudo es en el entorno escolar donde se detectan las señales de alarma sobre la existencia de un posible TDAH.



Tratamiento del TDAH



Ante el TDAH, un enfoque combinado de medicación y terapia conductual es el tratamiento más eficaz.

Estudios de investigación muestran que un enfoque combinado de medicación y terapia conductual es el tratamiento más eficaz. En los casos leves y moderados se recomiendan acomodaciones en el aula, refuerzo psicopedagógico y psicoeducación a los padres sobre el trastorno y el manejo de los problemas de conducta. Para los casos de TDAH de moderados a graves, la primera línea de tratamiento suele ser la medicación. Los medicamentos para el TDAH llamados psicoestimulantes, que aumentan la cantidad de ciertas sustancias químicas en el cerebro, ayudan a los niños y adolescentes a concentrarse y a frenar la impulsividad y la hiperactividad. Las terapias conductuales les ayudan a controlar el comportamiento impulsivo y a organizarse mejor.

Disponemos de dos grandes grupos de fármacos para el tratamiento del TDAH, los estimulantes y los no estimulantes. Los fármacos estimulantes disponibles en nuestro país con indicación para el TDAH son el metilfenidato y la lisdexanfetamina (Elvanse®).

Tenemos diversas presentaciones de metilfenidato en función de la duración del efecto a lo largo del día:

- Rubifen® y Medicebran®: duración del efecto entre 3-5 horas
- Equasym®, Medikinet®: duración intermedia entre 8-9 horas
- Concerta®, Rubicrono® y Rubifen Retard®: duración de 10-12 horas

Dentro de los fármacos no estimulantes tenemos atomoxetina (Strattera®) y guanfacina (Intuniv®).

Todos estos fármacos han mostrado su eficacia y seguridad en estudios controlados en niños a partir de los seis años; son muy eficaces y seguros.

Si un niño tiene TDAH, los estudios muestran que hay más del 80 % de probabilidades de que responda a la medicación estimulante con una reducción significativa de los síntomas.

Los principales efectos secundarios de los fármacos estimulantes son la pérdida del apetito, sobretodo al mediodía y la dificultad para conciliar el sueño, sin embargo, es muy raro que estos efectos secundarios obligen a la suspensión del tratamiento.

Con los fármacos disponibles en la actualidad, podemos realizar una medicina personalizada, individualizando el tratamiento en cada paciente en función de la intensidad de los síntomas que presenta, su repercusión en el día a día y la existencia de efectos secundarios.

¿Cuáles son los tratamientos conductuales para el TDAH?

Las terapias conductuales no eliminan los síntomas centrales del TDAH, pero pueden ser muy útiles para enseñar a los niños a manejarlos mejor. Por ejemplo, los niños que tienen problemas para terminar las cosas y mantenerse organizados pueden aprender técnicas para completar tareas, hacer un seguimiento de las asignaciones y hacer sus tareas escolares.

También existe un tipo de terapia conductual para el TDAH llamada psicoeducación para padres que puede ayudar a reducir los problemas de conducta que se derivan del TDAH en los niños. La terapia de interacción entre padres e hijos y otras formas de capacitación para padres les enseñan a los padres cómo trabajar con sus hijos para cultivar buenos comportamientos y minimizar la impulsividad o la falta de atención. Estimulados por un refuerzo más positivo, los niños que han estado fuera de control pueden aprender a controlar su comportamiento y disfrutar de relaciones más gratificantes con padres y maestros.

El trastorno negativista desafiante (TND)

Es normal que los niños se opongan y desafíen de vez en cuando. De hecho, es una señal de un desarrollo saludable. Entonces, ¿cuándo se condiera que un niño presenta un trastorno negativista desafiante? El diagnóstico no debe darse, por ejemplo, a un niño pequeño que acaba de descubrir que su nueva palabra favorita es “no”. El TND generalmente se diagnostica al comenzar la primaria, con seis - siete años, y deja de diagnosticarse en la adolescencia. Los niños que tienen TND tienen un patrón bien establecido de problemas de conducta. Los síntomas incluyen:

- Estar inusualmente enojado e irritable
- Perder la paciencia con frecuencia
- Molestarse fácilmente
- Discutir con figuras de autoridad
- Negarse a seguir las reglas
- Son personas deliberadamente molestas
- Culpar a los demás por los errores
- Ser vengativo

Todos los niños pueden tener estos síntomas de vez en cuando. Lo que distingue al TND de la conducta de oposición normal es lo grave que es y cuánto tiempo lleva presentando estos síntomas. Un niño con TND habrá tenido problemas de comportamiento extremos durante al menos seis meses. Otro sello distintivo del TND es el costo que tiene en las relaciones familiares. Las frustraciones diarias regulares (órdenes ignoradas, discusiones, arrebatos explosivos) se acumulan con el tiempo, y estas interacciones negativas dañan el vínculo entre padres e hijos y refuerzan los patrones de comportamiento hostiles. Se estima que el 6 % de los niños se ven afectados por el TND. Aproximadamente el 30 % de los jóvenes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) también tienen TND.

Los niños que tienen problemas de conducta ponen a los padres al límite de su capacidad de contención. Los padres se sienten presionados por un lado a actuar con permisividad y por el otro lado a ser *hipercoercitivos* con la esperanza de que un mayor control haga que el niño escuche. Ninguno de estos extremos contribuye a la paternidad ideal. Nunca es la intención de los padres reforzar el mal comportamiento y, a menudo, no nos damos cuenta de cuándo estamos haciendo lo contrario de lo que nos gustaría. Se presentan a continuación dos escenarios comunes:

- Un padre le pide a su hijo que deje de jugar y se prepare para ir a la cama. El niño ignora las dos primeras solicitudes. La tercera vez que el padre lo vuelve a pedir, está tan enfadado que lo pide gritando.



El TND generalmente se diagnostica al comenzar la primaria y deja de diagnosticarse en la adolescencia.

- Un padre le pide a su hijo que deje de jugar y se prepare para ir a la cama. El niño hace un berrinche porque quiere seguir jugando. El padre no quiere que esté tan alterado antes de acostarse, así que retrocede y le dice que puede jugar otros diez minutos, pero luego tiene que irse a la cama.

En el primer escenario, el niño aprende que gritar es una forma aceptable de transmitir un mensaje. De manera más sutil, también podría estar aprendiendo que puede seguir ignorando esas primeras solicitudes; cuando el padre escala la situación es cuando él sabe que habla en serio.

En el segundo escenario, el niño ha aprendido que hacer una rabieta podría darle algo que quiere, por lo que será más probable que lo vuelva a hacer en el futuro.

Ambos escenarios pueden suponer para las familias el desenlace de conflictos futuros, y cuanto más se repiten, más se vuelven patrones de comportamiento familiares de los que es más difícil romper. No es necesario que el niño tenga TND para que ocurran estos escenarios, pero las interacciones negativas repetidas como estas hacen que sea mucho más probable diagnosticar un trastorno de conducta.



Esto también explica por qué los niños con TND pueden comportarse peor en casa. Es probable que los niños con TND se opongan más a las personas que conocen bien, en parte porque los patrones de relación entre ellas están ya muy afianzados. Mientras que en un lugar como la escuela, donde un niño tiene menos control en general sobre su entorno, los tipos de comportamientos que son comunes a los TND pueden no dar el mismo resultado.

Existe una comorbilidad (dos o más trastornos que aparecen en el mismo individuo simultáneamente) muy alta en los niños con TDAH a los que también se les diagnostica de TND. Dependiendo del estudio, la comorbilidad podría ser del 30 al 50 % de los niños con TDAH que también presentan TND.

Los niños que tuvieron muchas dificultades para calmarse por sí solos cuando eran pequeños y continúan de mayores presentando dificultades en mantener una capacidad apropiada para controlar sus emociones frente a la decepción o la frustración, a veces pueden desarrollar TND. Los adultos de su entorno pueden estar más inclinados a adaptarse a sus demandas para que la familia funcione de la manera más armoniosa posible. Los niños que han experimentado mucho estrés y traumas en la vida también son más propensos a desarrollar TND.

Los padres juegan un papel clave en el tratamiento del TND. Esto puede ser sorprendente, ya que los niños son los que reciben el diagnóstico, pero en el TND, la relación entre padres e hijos debe repararse, lo que significa que ambas partes deben hacer cambios para volver a situarse en el camino correcto.



Los padres juegan un papel clave en el tratamiento del TND.

Todos los programas de tratamiento tienen ciertos objetivos en común, como ayudar a los padres a encontrar el término medio entre ser demasiado autoritarios y demasiado permisivos. Un terapeuta conductual ayudará a los padres a aprender cómo entrenar el comportamiento de sus hijos estableciendo expectativas claras, elogiando a los niños cuando cumplen lo que se les pide y aplicando consecuencias efectivas cuando no lo hacen. Los padres también aprenden a usar estas estrategias de manera constante; una de las razones por las que las estrategias de manejo de la conducta a veces no funcionan es porque los padres prueban técnicas diferentes y conflictivas o no siguen un programa el tiempo suficiente para ver resultados. Los padres y los niños también aprenderán habilidades para resolver problemas cuando lo necesiten.

Un pequeño porcentaje de niños con TND desarrollan lo que se conoce como trastorno de conducta, que es un cuadro más grave que incluye actos delictivos como robar, provocar incendios y hacer daño a las personas o a los animales.

A modo de conclusión

El TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes en niños y adolescentes, con una frecuencia del 5 % en población general. Los síntomas nucleares son la falta de atención y la hiperactividad/impulsividad.

Es frecuente que se acompañe de otros problemas como: dificultades de aprendizaje, baja autoestima, ansiedad y problemas de conducta. El diagnóstico y tratamiento precoz evitan complicaciones futuras mejorando la evolución del trastorno, por eso es importante consultar con el especialista ante el inicio de los síntomas, sobretudo al inicio de la educación primaria.

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Barkley, R. A. (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York, NY: Guilford Publications

Brown, T. E. (2005). *Attention deficit disorder: the unfocused mind in children and adults*. New Haven, CT: Yale University Press.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.

Conclusiones

Ester Camprodon.

PhD. Psicóloga. Adjunta a Jefa del Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

Montse Dolz.

Psiquiatra infantil y juvenil. Jefa del Área de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

El objetivo de este Informe es ofrecer herramientas para comprender el cerebro del adolescente desde un prisma neurocientífico, psicológico, biológico y social. Facilitando la conceptualización de su conducta y pudiendo establecer cuáles son las señales de alarma frente a los principales problemas de salud mental para realizar una mejor detección y abordaje de los mismos. También se han ofrecido pautas de actuación para estas situaciones. A lo largo del Informe, se orienta cómo fomentar los factores protectores y promover la salud mental de los adolescentes. Se ha abordado el tema de las nuevas tecnologías y la comunicación con el adolescente.

A continuación se expondrán las principales conclusiones que se extraen del Informe.

Durante la adolescencia, el cerebro sufre una reorganización estructural que lo dota de nuevos circuitos y conexiones, que posteriormente darán soporte a todo el proceso de pensamiento analítico propio del adulto. En este periodo de la vida no solo se afianzan los circuitos que regulan las funciones ejecutivas y que permiten una correcta integración entre el cerebro racional y la emocional, sino que además se eliminan todos aquellos que carecen de utilidad mediante un proceso de "poda sináptica". Los circuitos cerebrales se moldean con las experiencias de vida, educación, la estimulación y el apoyo ambientales recibidos. Gracias a este sistema complejo, le permite explorar el medio que le rodea al tiempo que lo enriquece. En definitiva, todo lo que estimula a nuestro cerebro también lo alimenta. Procurar mantener un buen estado nutricional a través de una alimentación sana, variada y equilibrada, llevar un estilo de vida saludable cuidando nuestra salud

física y mental, practicar deporte físico regular, y mantener una buena calidad y cantidad de sueño resulta de fundamental importancia que los procesos cognitivos y conductuales se desarrollen con normalidad.

En cuanto a los principales problemas de salud mental, la combinación de características temperamentales, vulnerabilidad genética, situaciones estresantes y el ambiente suelen ser el denominador común y la combinación de los factores que facilitan la aparición de un trastorno mental. Estar atentos a los principales señales de alarma será importante para un abordaje precoz. Lo que nos marcará la diferencia entre la conducta normal y la patológica será la intensidad de los síntomas y su durabilidad (larga y sostenida en el tiempo). Cualquier cambio brusco de conducta, alteración del patrón de sueño y/o alimentario, baja el rendimiento académico, cambios en la higiene y/o pérdida de funcionalidad, habría que ser consultada a un especialista. Actualmente disponemos de evaluaciones y tratamientos basados en la evidencia científica que dan respuesta a los principales problemas de salud mental.

En cuanto al uso de las TIC, sabemos que sus efectos dependen del uso que se hace y de entre los factores convenientes se encuentran: practicar con el ejemplo, no prohibir pero sí limitar, formarse en un uso funcional y ayudarles a adquirir competencias sociales más allá de las redes y estimular a que realicen otras actividades con sus amigos. Para mejorar el bienestar mental de los niños y adolescentes es importante adoptar un enfoque holístico y centrarse en otros factores que también sabemos que tienen un impacto mayor que el tiempo de pantalla como serían: el funcionamiento familiar, las dinámicas sociales en el escuela y las condiciones socioeconómicas, a la vez que fomentar el uso moderado de la tecnología digital.

Finalmente, tal y como se ha expuesto anteriormente, la comunicación familiar es fundamental para facilitar un adecuado desarrollo socioemocional de los adolescentes y la superación exitosa de esta etapa. El estilo educativo democrático (basado en una alta exigencia pero también con alta implicación) es el que se revela en la literatura científica como el más beneficioso. En cuanto al estilo de resolución de conflictos, la orientación a la conversación (familias que propician un clima donde se anima a sus miembros a ser proactivos y participar con libertad en las interacciones) y una gestión de los conflictos basada en la resolución positiva (estilo centrado en comprender la posición del otro y uso de tácticas de razonamiento constructivo para llegar a compromisos y negociar) son los que obtienen mejores indicadores a nivel de ajuste psicosocial en adolescentes. La comunicación entre padres e hijos suele verse afectada de manera significativa con la llegada de la adolescencia siendo habitual que tanto padres como hijos se sientan frustrados por los cambios producidos, pero no hay que olvidar que la comunicación es un proceso de doble vía y que requiere de tiempo y ajustes constantes. Como elementos imprescindibles para una comunicación de calidad destacamos: la escucha activa, la disponibilidad, la capacidad de adaptación, la empatía y aceptación y, por último, la asertividad y autorregulación.

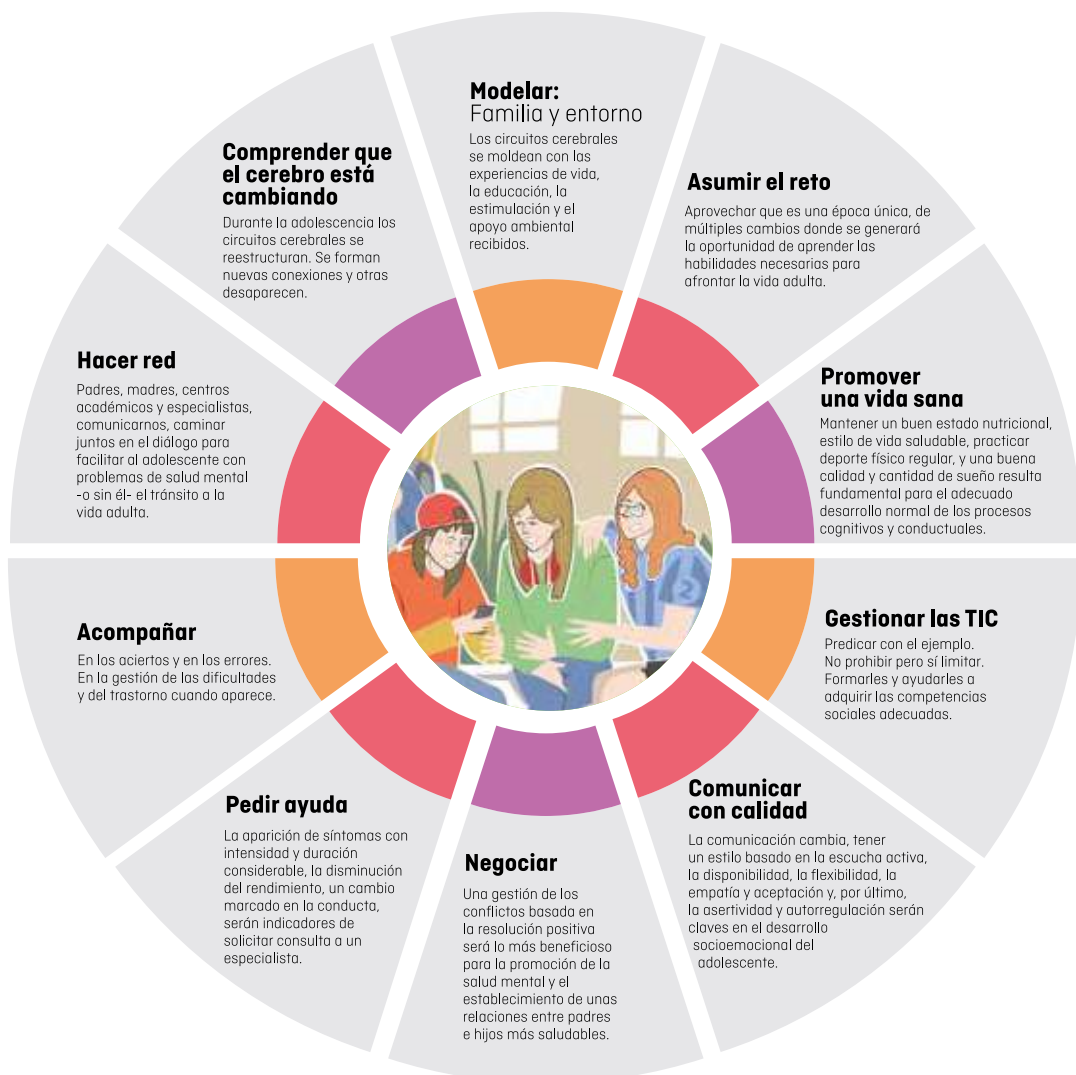
La adolescencia es una época extraordinaria, un momento de integración de los cambios cerebrales que junto con los factores ambientales lo prepararán para la vida adulta. Establecer un clima familiar y educativo de confianza, empático, participativo, asertivo, dispuesto a negociar, que acoja todas estas vivencias y que le hagan de espejo, le permitirán adquirir las habilidades necesarias para desenvolverse en la vida adulta.



Decálogo para comprender y promover la salud mental del adolescente

- 1. Comprender que el cerebro está cambiando:** durante la adolescencia los circuitos cerebrales se reestructuran. Se forman nuevas conexiones y otras desaparecen.
- 2. Modelar familia y entorno:** los circuitos cerebrales se moldean con las experiencias de vida, la educación, la estimulación y el apoyo ambiental recibidos.
- 3. Asumir el reto:** aprovechar que es una época única, de múltiples cambios donde se generará la oportunidad de aprender las habilidades necesarias para afrontar la vida adulta.
- 4. Promover una vida sana:** mantener un buen estado nutricional, estilo de vida saludable, practicar deporte físico regular, y una buena calidad y cantidad de sueño resulta fundamental para el adecuado desarrollo normal de los procesos cognitivos y conductuales.
- 5. Gestionar las TIC:** predicar con el ejemplo. No prohibir pero sí limitar. Formarles y ayudarles a adquirir las competencias sociales adecuadas.
- 6. Comunicar con calidad:** la comunicación cambia, tener un estilo basado en la escucha activa, la disponibilidad, la flexibilidad, la empatía y aceptación y, por último, la asertividad y autorregulación serán claves en el desarrollo socioemocional del adolescente.
- 7. Negociar:** una gestión de los conflictos basada en la resolución positiva será lo más beneficioso para la promoción de la salud mental y el establecimiento de unas relaciones entre padres e hijos más saludables.
- 8. Pedir ayuda:** la aparición de síntomas con intensidad y duración considerable, la disminución del rendimiento, un cambio marcado en la conducta, serán indicadores de solicitar consulta a un especialista.
- 9. Acompañar:** en los aciertos y en los errores. En la gestión de las dificultades y del trastorno cuando aparece.
- 10. Hacer red:** padres, madres, centros académicos y especialistas, comunicarnos, caminar juntos en el diálogo para facilitar al adolescente con problemas de salud mental -o sin él- el tránsito a la vida adulta.

DECÁLOGO PARA COMPRENDER Y PROMOVER LA SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE



Acrónimos

- ANS:** Autolesión no suicida.
- APA:** American Psychiatric Association. Asociación Americana de Psiquiatría.
- ARFID:** Avoidant/restrictive food intake disorder. Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.
- BDNF:** Brain-derived neurotrophic factor. Factor neurotrófico derivado del cerebro.
- CDC.** Centers for Disease Control and Prevention. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
- CIE:** Clasificación Internacional de Enfermedades.
- CIS:** Centro de Investigaciones Sociológicas.
- CMP:** Capacitación para el manejo de padres.
- CPT:** Conners' Performance Test.
- CSMIJ:** Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.
- FS:** Fobia social.
- IC:** Inhibición conductual.
- IGD:** Internet Gaming Disorder. Trastorno por juego a internet.
- IPT:** Psicoterapia interpersonal.
- ISRS:** Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
- OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- MIT:** Massachusetts Institute of Technology. Instituto de Tecnología de Massachusetts.
- PCIT:** Parent-Child Interaction Therapy. Terapia de interacción entre padres e hijos.
- SA:** Sensibilidad a la ansiedad.
- SNA:** Sistema nervioso autónomo.
- TAG:** Trastorno de ansiedad generalizada.
- TAS:** Trastorno de ansiedad por separación.
- TCA:** Trastornos de la conducta alimentaria.
- TCC:** Terapia cognitivo-conductual.
- TDAH:** Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.
- TDDEA:** Trastorno por desregulación disruptiva del estado de ánimo..
- TEA:** Trastorno del espectro autista.
- TEI:** Trastorno explosivo intermitente.
- TEPT:** Trastorno de estrés post traumático.
- TIC:** Tecnologías de la información y comunicación.
- TLP:** Trastorno límite de la personalidad.
- TND:** Trastorno negativista desafiante.
- TOC:** Trastorno obsesivo-compulsivo.



La mirada a la salud mental de los adolescentes que plantea este nuevo Cuaderno Faros es tan pertinente y esperada como urgente es la necesidad de impulsar una acción rápida y decidida a nivel político para poner en marcha la nueva Estrategia Nacional de Salud Mental; una estrategia que debe incluir un plan especial para la infancia y la adolescencia que dé respuesta a sus derechos y necesidades en este ámbito.

Solo apoyando a las familias con iniciativas como esta, y garantizando una atención especializada y específica a los niños, niñas y adolescentes, seremos capaces de alcanzar su bienestar emocional y su derecho a una vida plena.

Gustavo Suárez Pertierra

Presidente de UNICEF España