

EDITORES
EMMA SAAD, EDGARD BELFORT
ENRIQUE CAMARENA, RODRIGO CHAMORRO,
JUAN CARLOS MARTÍNEZ

SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL: PRIORIDAD DE LA HUMANIDAD



EDICIONES CIENTÍFICAS APAL
EXPERIENCIAS Y EVIDENCIAS EN PSIQUIATRÍA

**SALUD MENTAL
INFANTO JUVENIL:
PRIORIDAD DE LA
HUMANIDAD**



**EDICIONES CIENTÍFICAS APAL
EXPERIENCIAS Y EVIDENCIAS EN
PSIQUIATRÍA**

COMITÉ EJECUTIVO APAL

**PRESIDENTE
DR. EDGARD BELFORT**

**VICEPRESIDENTE
DR. ENRIQUE CAMARENA**

**SECRETARIO GENERAL
DR. CARLOS SÁNCHEZ**

**SECRETARIA DE FINANZAS
DRA. XIORELLA MAZZARELLA**

**SECRETARIO EJECUTIVO
DR. MIGUEL ABDID**

SECRETARIOS REGIONALES

**MÉXICO, CENTROAMÉRICA Y EL CARIBE
DR. PABLO PASCUAL – DR. EMILIO QUINTO**

**PAÍSES BOLIVARIANOS
DRA. EMMA SAAD**

**PAÍSES DEL CONO SUR
DR. ALFREDO CÍA**

COORDINADORES GENERALES DEL PROGRAMA

PRESIDENCIAL APAL

**“SALUD MENTAL DE LA NIÑEZ, LA ADOLESCENCIA
Y LA FAMILIA”**

**DR. EDGARD BELFORT
DR. ENRIQUE CAMARENA
DRA. EMMA SAAD
DR. RODRIGO CHAMORRO
DR. JUAN CARLOS MARTÍNEZ**

**SALUD MENTAL
INFANTO JUVENIL:
PRIORIDAD DE LA
HUMANIDAD**

PRIMERA EDICIÓN

EDITORES

EMMA SAAD

EDGARD BELFORT

ENRIQUE CAMARENA

RODRIGO CHAMORRO

JUAN CARLOS MARTÍNEZ



**EDICIONES CIENTÍFICAS APAL
EXPERIENCIAS Y EVIDENCIAS EN
PSIQUIATRÍA**

***DISEÑO DE PORTADA Y
CONTRAPORTADA, CORRECCIÓN Y
DIAGRAMACIÓN: DRA. EMMA
SAAD***



*“Protegedme de la sabiduría que no
llora, de la filosofía que no ríe y de la
grandeza que no se inclina ante los
niños”*

Gibran Khalil Gibran

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

DR. PEDRO RUIZ

PRÓLOGO

DR. JORGE RODRÍGUEZ - OPS WASHINGTON

PREFACIO

FUNDACIÓN ALAS

INTRODUCCIÓN

LOS EDITORES

SECCIÓN I

BASES BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y EVOLUTIVAS DEL CEREBRO Y LA CONDUCTA

CAPITULO 1

NEURODESARROLLO Y NEUROCIENCIAS

Dr. Rodrigo Chamorro

CAPÍTULO 2

DESARROLLO PSICOLÓGICO, APEGO Y AGRESIÓN

Dr. Hans- Otto Thomashoff

CAPÍTULO 3

DESARROLLO EMOCIONAL Y PSICOLÓGICO NORMAL DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

Dr. Yover Lapo y Dra. Gisela Chávez

CAPÍTULO 4

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN PARA EL DESARROLLO DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Dr. Guillermo Rivera

SECCIÓN II

TRASTORNOS DE LA SALUD MENTAL DE INICIO EN LA TEMPRANA INFANCIA

CAPÍTULO 5

EL PROGRAMA NAR – PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A RECIEN NACIDOS DE ALTO RIESGO PSICONEUROSENSORIAL

Dr. Enrique Aguilar y Dra. María Olivia Coello

CAPÍTULO 6

PATOLOGÍA DEL APEGO DE LA INFANCIA A LA VIDA ADULTA

Dr. Roberto Chaskel, Dr. Francisco B. Assumpção Jr. y Dra. Adriana Vargas Rueda

CAPÍTULO 7

TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

- **CLASIFICACIÓN, ENFOQUE CLÍNICO - DIAGNÓSTICO Y FARMACOTERAPIA**

Dr. Edgard Belfort y Dra. Omaira Rosales

- **ANÁLISIS NEUROBIOLÓGICO Y GENÉTICO - ETIOLOGÍA, COMORBILIDADES Y PROGRAMAS DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO**

Dr. Rodrigo Chamorro

CAPÍTULO 8

LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Dr. Enrique Aguilar

SECCIÓN III

TRASTORNOS PREVALENTES EN SALUD MENTAL EN LA ETAPA ESCOLAR Y ADOLESCENCIA

CAPÍTULO 9

TRASTORNOS DISRUPTIVOS DE LA CONDUCTA Y RASGOS PATOLÓGICOS DE PERSONALIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Dr. Joaquín Díaz Atienza

CAPÍTULO 10

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

- **ANÁLISIS DESDE LAS NEUROCIENCIAS - ETIOPATOGENIA, DIAGNÓSTICO Y COMORBILIDAD**

Dr. Juan Carlos Martínez, Dr. Rodrigo Chamorro y Dra. Emma Saad

- **EVOLUTIVIDAD DEL TDAH Y TRATAMIENTO**

Dra. Euderruh Uzcátegui, Dr. Juan Carlos Martínez Aguayo, Dr. Lino Palacios Cruz, Dra. Patricia Zavaleta Ramírez, Dra. Andrea Abadi, Dra. Daniela Díaz Jaimes, Dra. Gabriela Garrido y Dr. Christian Muñoz Farías

CAPÍTULO 11

TRASTORNOS DEL ESPECTRO ANSIOSO

Dr. Rodrigo Chamorro y Dr. Christian Muñoz

CAPÍTULO 12

ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS PSICÓTICOS EN LA ADOLESCENCIA

- **LOS PRÓDROMOS DE LA ESQUIZOFRENIA**

Dr. José Luis Pedreira Massa y Dr. Guillermo Lahera Forteza

- **DIAGNÓSTICO, CLÍNICA Y TRATAMIENTO**

Dra. Martha Muñoz y Dra. Alexandra Terrazas

CAPÍTULO 13

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN LA POBLACIÓN INFANTE JUVENIL

- **DEPRESIÓN EN EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE**

Dr. Juan Carlos Martínez y Dr. Edgard Belfort

- **TRASTORNO BIPOLAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES - DESCRIPCIÓN CLÍNICA A PARTIR DE DOS CASOS**

Dr. Juan Carlos Martínez y Dr. Edgard Belfort

CAPÍTULO 14

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Dra. Lelis Nazario

CAPÍTULO 15

TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Dr. Jose Luis Pedreira Massa, Dr. Sergio Muñoz, Dra. Inmaculada Palanca Maresca, Dr. Óscar Sánchez Guerrero, Dra. Eva Sardinero García y Dr. Raúl Stepensky

CAPÍTULO 16

TRASTORNOS EN EL CONTROL DE LOS IMPULSOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Dr. Juan Carlos Martínez y Dr. Enrique Camarena

SECCIÓN IV

TRASTORNOS EMERGENTES EN SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

CAPÍTULO 17

SUICIDIO EN LA POBLACIÓN INFANTO JUVENIL - GENERALIDADES, INTERVENCIÓN Y PREVENCIÓN

Dr. Christian Muñoz, Dra. Annette Pagán, Dra. Luz Colón, Dr. Juan Varas y Dra. Emma Saad

CAPÍTULO 18

USO Y ABUSO DE SUBSTANCIAS EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Dr. Nils Noya

CAPÍTULO 19

IDENTIDADES URBANAS JUVENILES - UNA REALIDAD CRECIENTE EN LATINOAMÉRICA SOCIOLOGÍA DE LAS TRIBUS URBANAS Y LAS MARAS

Dr. Héctor Basile

CAPÍTULO 20

EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

FACTORES DE RIESGO E IMPLICACIONES PSICOSOCIALES

Dra. Silvia Gaviria

SECCIÓN V

ASPECTOS ESPECIALES EN SALUD MENTAL

INFANTO JUVENIL

CAPÍTULO 21

ESTRESORES ECOSISTÉMICOS Y SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

*Dra. Emma Saad, Dr. Cristóbal Martínez, Dr. Enrique Camarena, Dr.
Carlos Sánchez Núñez, Dr. Rodrigo Chamorro y Dr. Juan Maass*

CAPÍTULO 22

EL ACOSO MORAL ENTRE PARES (BULLYING)

Dr. José Luis Pedreira Massa y Dr. Héctor Basile

CAPÍTULO 23

COMORBILIDAD EN PATOLOGÍA PREVALENTE

Dra. Laura Viola y Dra. Andrea Abadi

CAPÍTULO 24

EVOLUTIVIDAD PSICOPATOLÓGICA DE LOS TRASTORNOS INFANTO JUVENILES HACIA LA ADULTEZ

*Dr. Jorge Castro Morales, Dr. Horacio Vargas Murga, Dra. Diana Castro
Romero, Dra. Lucía Quiroga Jiménez y Dr. Roberto Chaskel*

SECCIÓN VI

MEDIDAS DE INTERVENCIÓN Y PREVENCIÓN

CAPÍTULO 25

AVANCES EN LOS TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS EN LA POBLACIÓN INFANTO JUVENIL

- **PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**

Dr. José Luis Pedreira Massa y Dra. Montserrat Graell Berna

- **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (TDM) Y DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA**

Dr. Francisco de la Peña y Dr. Fernando Felix Orta

CAPÍTULO 26

HOSPITALES DE DÍA EN SALUD MENTAL INFANTIL Y JUVENIL

Dr. Pedro Javier Rodríguez

CAPÍTULO 27

MÁS ALLÁ DE LA FARMACOTERAPIA ABORDAJES MULTIDISCIPLINARIOS EN SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

- **TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS – GENERALIDADES**

Dr. Roberto Pallia

- **PSICOTERAPIAS PSICODINÁMICAS EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA**

Dr. José Luis Pedreira Massa y Dra. Eva Sardinero García

- **APLICACIONES Y EFECTOS DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN LOS PROBLEMAS Y TRASTORNOS EMOCIONALES Y MENTALES DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES**

Dr. Hernán Ortiz

- **INTERVENCIONES FAMILIARES EN SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL**

Dr. Cristóbal Martínez

- **MEDIDAS PSICOPEDAGÓGICAS Y TERAPIA OCUPACIONAL**

Dra. Susana Mata y Dra. Guadalupe Barriga

- **EL ARTE COMO TERAPIA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES**

Dra. Carlota Manrique, Dra. Irlanda Solórzano y Lcda. Nathalie El-Ghoul

CAPÍTULO 28

REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LA SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL - FAMILIA, ESCUELA, ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNIDAD

Dr. Fabrizio Delgado, Dr. Carlos Sánchez Núñez, Dr. Cristóbal Martínez y

Dr. Rodrigo Chamorro

CAPÍTULO 29

PLANES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Dr. Enrique Camarena, Dra. Emma Saad, Dr. Edgard Belfort y Dr. Juan Carlos Martínez

SECCIÓN VII

ASPECTOS JURÍDICOS DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES

CAPÍTULO 30

NIÑOS Y ADOLESCENTES INFRACTORES - MANEJO PSICOLÓGICO

Lcdo. Fernando Osorio

CAPÍTULO 31

MANEJO JURÍDICO DE LOS INFRACTORES JUVENILES

- **EL SISTEMA DE PROTECCIÓN JUDICIAL DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA**

Dr. Michell Botbol y Dr. J. A. Barriguete

- **SITUACIÓN ACTUAL EN IBEROAMÉRICA**

Dra. Ana María Heinert

- **COMENTARIOS Y ANÁLISIS DE LAS CONTROVERSIAS
ACTUALES**

Dr. Carlos Orellana

SECCIÓN VIII

SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

CAPÍTULO 32

**SITUACIÓN ACTUAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA EN
LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE – PROGRAMAS INTEGRALES
DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL**

Dra. Emma Saad

CAPÍTULO 33

PROTEGIENDO EL FUTURO

**LAS NACIONES UNIDAS Y SUS AGENCIAS EN LA DEFENSA DE
LOS DERECHOS DE LA POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN
LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE**

TRANSCRIPCIÓN TEXTUAL DE LOS DATOS DE N.N.U.U. Y UNICEF

- **LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO**
- **DERECHOS DEL NIÑO**

ÍNDICE DE AUTORES



“Los niños son el recurso más importante del mundo y la mayor esperanza del futuro”

John Fitzgerald Kennedy

PRESENTACIÓN

En mi carrera profesional he tenido momentos de gran satisfacción y orgullo, sin embargo, nunca antes me había sentido tan honrado y complacido como en este momento que hago la presentación de este libro dedicado a la salud mental infanto juvenil, sobre todo en la América Latina. El enfoque de este libro no tiene fronteras, no tiene limitaciones pues, además de hacer hincapié en el grupo infanto juvenil, establece también a esta población como una prioridad de la humanidad; en otras palabras, la salud mental durante el período infanto juvenil tiene una prioridad universal y sin límites de países o continentes.

Sin lugar a dudas, los editores de este libro, los doctores Emma Saad, Edgard Belfort, Enrique Camarena, Rodrigo Chamorro y Juan Carlos Martínez han tenido una visión muy amplia así como muy original y necesaria. Ellos, los niños y adolescentes, representan el futuro de nuestras comunidades, países, continentes, en fin, del mundo. La salud mental de este grupo etéreo es muy importante y relevante; sin ellos, no habrá futuro en ningún rincón del mundo.

Nosotros, los profesionales de la salud mental tenemos una obligación única y universal en lo que se refiere al futuro de esos niños, niñas y adolescentes que representan el futuro de la humanidad, actualmente con grandes desafíos: la pobreza, las enfermedades físicas y mentales, las guerras innecesarias e inexplicables, las ambiciones desmedidas, y muchos otros retos similares. Desde mi punto de vista, las soluciones a estos retos están arraigadas en el futuro de nuestras poblaciones infanto juveniles. Los niños y niñas de este universo deben de ser protegidos, cuidados, amparados, educados y mantenidos con una mente y un cuerpo saludable.

Este libro, que representa un gran paso en el escenario que he descrito previamente, ha sido un gran acto de inteligencia y madurez de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, de nuestra APAL, es una decisión muy acertada, genuina y brillante de sus líderes.

Su producción representa también un gran esfuerzo y genialidad de los Coordinadores Generales del Programa Presidencial de APAL en lo que

respecta a la “Salud Mental de la Niñez, la Adolescencia y la Familia”. Ante ellos, simplemente hay que quitarse el sombrero. Gracias a esta contribución organizativa, clínica, y académica, nuestros niños y adolescentes del continente Latino Americano, y por ende mundial, tendrán una oportunidad única de ser protegidos, tratados y mantenidos saludablemente desde el punto de vista de su salud mental.

También debo de citar las áreas cubiertas desde un punto de vista científico por este libro.

En la Sección I, los doctores Rodrigo Chamorro Oschilewsky, Hans-Otto Thomashoff, Yover Lapo, Gisella Chávez de Vallejo y Guillermo Rivera Arroyo enfocan todos los factores de importancia en las bases biológicas, psicológicas y evolutivas del cerebro y la conducta.

En la Sección II, los doctores Enrique Aguilar Zambrano, Maria Olivia Coello, Roberto Chaskel, Francisco B. Assumpção Jr., Adriana Vargas Rueda, Enrique Aguilar Zambrano, Rodrigo Chamorro, Edgard Belfort y Omaira Rosales revisan muy efectivamente los trastornos de la salud mental de inicio en la temprana infancia.

En la Sección III, los doctores Joaquín Díaz Atienza, Juan Carlos Martínez Aguayo, Rodrigo Chamorro, Emma Saad de Janon, Euderruh Uzcátegui, Lino Palacios Cruz, Patricia Zabaleta, Andrea Abadi, Daniela Díaz James, Gabriela Garrido, Christian Muñoz Farías, José Luis Pedreira Massa, Guillermo Lahera, Martha Muñoz, Alexandra Terrazas, Edgard Belfort, Lelis Nazario, Sergio Muñoz, Inmaculada Palanca, Óscar Sánchez, Eva Sardinero, Raúl Stepensky y Enrique Camarena, discuten apropiadamente los trastornos prevalentes en salud mental en la etapa escolar y adolescencia.

En la Sección IV, los doctores Christian Muñoz Farias, Annette L. Pagan Castro, Luz N. Colon-de Marti, Juan Varas Ampuero, Emma Saad de Janon, Nils Noya Tapia, Héctor Basile y Silvia L. Gaviria A. analizan los principales trastornos emergentes en salud mental del infante juvenil.

En la Sección V, los doctores Emma Saad de Janon, Cristóbal Martinez Gomez, Enrique Camarena Robles, Carlos Sánchez Núñez, Rodrigo Chamorro, Juan E. Maass, Jose Luis Pedreira Massa, Héctor Basile, Andrea Abadi, Laura Viola, Jorge Castro Morales, Horacio Vargas, Diana Castro,

Lucía Quiroga y Roberto Chaskel hacen hincapié en los aspectos especiales en salud mental infanto juvenil.

En la Sección VI, los doctores José Luis Pedreira Massa, Montserrat Graell Berna, Francisco de la Peña Olvera, Fernando Felix Orta, Pedro Javier Rodríguez Hernández, Roberto Pallia, Eva Sardinero García, Hernán Ortiz Herrera, Cristóbal Martínez, Susana Mata Iturralde, Guadalupe Barriga Cabanillas, Carlota Manrique Suárez, Irlanda Solorzano Tumbaco, Natalie El-Ghoul, Fabrizio Delgado Campodónico, Carlos Sánchez Núñez, Rodrigo Chamorro Oschilewsky, Enrique Camarena Robles, Emma Saad de Janon, Edgard Belfort Garbán y Juan Carlos Martinez Aguayo abordan muy bien las medidas de intervención y prevención.

En la Sección VII, los doctores Fernando Osorio, Michel Botbol, J.A. Barriguete, Ana María Heinert Musello y Carlos Orellana Román describen muy claramente los aspectos jurídicos de los niños y adolescentes.

En la Sección VIII, que es la última sección de este libro, la Dra. Emma Saad de Janon con datos añadidos de UNICEF y las Naciones Unidas presenta los aspectos más importante desde un punto de vista conceptual sobre la salud mental infanto juvenil en Latino América y el Caribe.

Sin lugar a dudas el esfuerzo del grupo de profesionales, representando a APAL, ha hecho una contribución muy efectiva e histórica en lo que respecta a un futuro saludable para la salud mental de la población infanto juvenil, no sólo de Latino América sino del mundo entero.

Este libro tendrá una repercusión muy favorable en todos los países y regiones de la América Latina y del Caribe. Este esfuerzo tan genuino y original de los dirigentes de APAL siempre tendrá nuestro reconocimiento y admiración.

Mientras preparaba el prologo de este libro, me di cuenta aún más de mis raíces latinoamericanas, así como también de mi completa dedicación clínica y educativa a lograr una mejoría en los sistemas de salud mental a nivel mundial, sobre todo entre aquellas poblaciones que más lo necesitan. Durante mi período de Presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría (2011-2014), tendré muy presente este libro dedicado a la población infanto

juvenil, como un emblema de lo que se necesita y hay que hacer por los niños, niñas y adolescentes que sufren de enfermedades mentales, así como también de los aspectos de la pobreza, la discriminación, el abuso físico y sexual, así como de la falta de atención medica en nuestro planeta.

Pedro Ruiz, M.D.

Profesor de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta

Escuela de Medicina “Miller”, Universidad de Miami

Presidente Electo de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA)

Miami, Octubre del 2010

PRÓLOGO

Los trastornos mentales, se estima, afectan a una de cada cuatro personas en algún momento de sus vidas y son problemas universales que afligen a toda la población, mujeres, hombres, niños y niñas, de todas las edades.

La carga de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe (AL&C), en términos de morbilidad, mortalidad y discapacidad, alcanza dimensiones cada vez más relevantes que requiere de una respuesta apropiada de los sistemas de salud.

En 1998 los trastornos mentales y neurológicos representaban alrededor del 8% de la carga total de enfermedad en AL&C, mientras que en el 2004 este indicador había ascendido a 21%.

Pero más allá de su magnitud, el principal problema es que las necesidades desatendidas son excesivamente altas; existe una brecha importante entre las personas necesitadas y las que reciben atención en servicios de salud general o especializados. En nuestra región esta brecha sobrepasa el 50% en la mayoría de las enfermedades psíquicas y países.

Tenemos la obligación de trabajar por reducir esas brechas y para alcanzar tal objetivo la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) está colaborando con muchos países del continente con el fin de que mejoren sus políticas, programas y servicios en el campo de la salud mental.

Es necesario pasar de un modelo institucional tradicionalmente basado en el hospital psiquiátrico hacia uno de base comunitaria, para lo cual se impone la reestructuración y descentralización de los servicios de salud mental. La atención primaria en salud resulta clave y debe acrecentar su capacidad de identificar, tratar y atender a las personas afectadas por los trastornos mentales y a sus familias.

También es necesario que la propia sociedad desarrolle una mayor conciencia con respecto a las personas con trastornos mentales, desterrando mitos y estigmas, así entendiendo que las enfermedades mentales no deben ser objeto de exclusión social.

Un mensaje importante para América Latina es que los trastornos mentales se pueden tratar exitosamente y también se pueden prevenir en gran medida.

Tenemos los conocimientos científicos y los medios necesarios para ayudar a las personas. Sin embargo, para lograrlo, la atención de salud mental debe ser abordada desde una nueva perspectiva comunitaria.

Recientemente, en septiembre del 2009, el Consejo Directivo de la OPS, integrado por los ministros de salud de las Américas adoptó una Estrategia Regional de Salud Mental, lo que le da un gran apoyo e impulso político al tema. Trabajamos ahora por implementar, la nueva Estrategia en los países, adaptada a las condiciones nacionales.

Dentro de este cuadro, que acabo de describir, la salud mental de los niños, niñas y adolescentes resulta de especial importancia.

Tradicionalmente se le había concebido una limitada importancia partiendo del presupuesto erróneo que estos eran problemas poco frecuentes en la niñez. La evidencia que aporta la investigación epidemiológica demuestra todo lo contrario, al menos un 10-15% de los niños, niñas y adolescentes sufre trastornos mentales y sólo una parte acceden a los servicios de salud para ser evaluados y diagnosticados apropiadamente. Pero además hay otro grupo de menores, que tienen problemas psicosociales que no se deben diagnosticar como enfermos propiamente dichos, pero que, sin embargo, también sufren.

Durante muchos años, el paradigma de los programas y servicios de salud mental se ha centrado en un modelo de atención para adultos.

Para la OPS ha llegado el momento de que el componente de salud mental infanto-juvenil se inserte adecuadamente en los sistemas nacionales de salud.

La ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA DE AMÉRICA LATINA (APAL) le ha dado un espacio de especial importancia a su programa de la "Salud Mental de la niñez, la adolescencia y la familia"; y es precisamente en este marco que las Ediciones Científicas APAL (en la Serie Experiencias y Evidencias en Psiquiatría) publican el presente libro "**SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL: PRIORIDAD DE LA HUMANIDAD**".

La obra sin fines de lucro contó con la autoría de 65 diferentes profesionales de Ibero-América y otras partes del mundo que trabajan en este tema. En

esta publicación ha jugado un papel central la Secretaría Regional Bolivariana de la APAL.

Mi reconocimiento a los editores de la obra, los Dres. Emma Saad, Edgard Belfort, Enrique Camarena, Rodrigo Chamorro y Juan Carlos Martínez.

Con verdadera satisfacción me uno a la presentación de este libro y recomiendo su lectura a la comunidad de salud pública a nivel continental.

La Organización Panamericana de la Salud reconoce y felicita el trabajo de la APAL y en especial del grupo editorial que llevo adelante la tarea de la obra; a todos y todas les instamos a continuar por el camino emprendido para mejorar la salud mental de la población latinoamericana.

Dr. Jorge Rodríguez

Asesor Principal de Salud Mental.

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

rodrigo@paho.org

Washington, Octubre 2010

PREFACIO



La Salud Mental Infanto Juvenil debe presentarse como una prioridad para la humanidad, y debe prestársele especial atención a la identificación de problemas de este tipo en la primera infancia, tema que es transversal en todas las secciones y capítulos de este libro. Como bien lo plantea en el primer capítulo, aproximadamente el 90% del cerebro humano se desarrolla en los primeros cinco años de vida. Las más recientes investigaciones científicas demuestran que el cerebro del niño no está sólo físicamente conectado a factores genéticos, sino también a las experiencias que viven desde el nacimiento. Esta evidencia sienta las bases para construir una salud mental sólida en los niños o para identificar posibles problemas e intervenirlos de manera temprana.

En Estados Unidos hay estadísticas que muestran que el 14.2% de niños entre 3 y 5 años experimentan problemas socio emocionales que tienen un impacto negativo en su desarrollo, funcionamiento y en los niveles con los que ingresan a la escuela. Menos del 1% de estos niños son identificados, y entre el 80 y 97% de los que se identifican no reciben ningún servicio o intervención. En América Latina y el Caribe, si bien se sabe que un 20% de la población infanto juvenil sufre de problemas que demandan la intervención de los servicios de salud mental, no hay cifras exactas de la población perteneciente a la primera infancia que sufre de este tipo de trastornos. Para esto, el libro recomienda la realización de estudios epidemiológicos en la región, que sobre todo sirvan como base para la creación de programas de atención integral y políticas de prevención en salud mental.

La máxima capacidad de aprendizaje y desarrollo humano se presenta en los primeros años de vida. Las intervenciones en esta etapa son particularmente importantes, especialmente cuando el niño corre el riesgo de perder la oportunidad de estar en su máxima disposición para el aprendizaje.



Mediante las intervenciones tempranas se identifican maneras específicas de ayudar a un niño a ser lo más funcional posible. En el texto se manifiesta que entre más temprano se haya experimentado algo, es mayor la influencia que dichas vivencias puedan tener en etapas posteriores de la vida. En casos de problemas socio emocionales y de comportamiento identificados, las terapias recibidas por el niño en edad temprana le permite alcanzar o acercarse a los hitos de desarrollo ideales para su edad que le permitan el pleno desarrollo de su potencial para las siguientes etapas de su vida.

Este libro, iniciativa de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, surge como un documento científico de prevención y promoción de la salud mental. Los autores hacen un recorrido completo por las bases biológicas, psicológicas y evolutivas del cerebro y la conducta; por los trastornos de la salud mental que inician en la temprana infancia, los que prevalecen en la etapa escolar y en la adolescencia y los que emergen en la edad escolar; por los aspectos especiales en la salud mental infanto juvenil; las medidas de intervención y prevención; los aspectos jurídicos de los niños y adolescentes y la situación mental infanto juvenil en América Latina y el Caribe.

En La Fundación América Latina en Acción Solidaria – ALAS –, como fundación dedicada a movilizar a los diferentes sectores de la sociedad latinoamericana sobre la importancia del cuidado y atención en la primera infancia y la implementación de políticas públicas que permitan un acceso universal en cuidados de salud, nutrición y educación para los niños entre los 0 y 6 años, recomendamos que La Salud Mental Infanto Juvenil: Prioridad de la Humanidad sea tratada como tal, y este libro como un recurso con evidencias científicas y datos sociales fundamentales a la hora de formular y diseñar programas y políticas públicas orientados hacia la promoción y protección de la salud mental desde la primera infancia y a la identificación y atención de poblaciones en riesgo, de tal forma que los niños y adolescentes de

América Latina logren su óptimo desarrollo en un ambiente de protección y políticas gubernamentales que permitan la validación progresiva de sus derechos. Este es un texto destinado a movilizar a los profesionales de la salud, la academia y los legisladores a favor de la importancia de prevenir trastornos mentales y de identificar y tratar los existentes desde la primera infancia.



Esto se resume en la siguiente afirmación de la Doctora Emma Saad de Janon:

“Hay que recalcar para concluir, que los niños y adolescentes en Latinoamérica y el Caribe necesitan programas de Cuidado Integral y Salud Mental que se basen en la ciencia, el apoyo comunitario y la defensa irrestricta de los derechos humanos, pues esta población constituye sin temor a equivocarse el presente y futuro de la humanidad”.

De esto es de lo que se trata.

ALICIA MARÍN

Directora Adjunta

Fundación América Latina en Acción Solidaria

Octubre de 2010



*El amor es un requerimiento estructural
que no debe verse como un lujo; el ser
humano sólo sabe amar y respetar
cuando ha sido amado y respetado de
niño*

INTRODUCCIÓN

Tanto la niñez como la adolescencia son etapas cruciales en el desarrollo humano, con profundos cambios a nivel físico, social y psicológico.

La población infanto juvenil reviste importancia para la atención en salud mental dado que en estas etapas de ciclo vital suceden acontecimientos cruciales que requieren de espacios de reconstrucción de sus roles sociales y de redes de apoyo institucional o comunitario para abordarlos de manera que beneficien al individuo, su grupo familiar y social. Es evidente que estas fases de la vida por sus peculiaridades culturales acceden a pocas oportunidades para el ejercicio de sus derechos, que redundan en escasa consolidación de las redes sociales de apoyo. (1)

En el mundo entero existe una importante incidencia y prevalencia de psicopatología en la población infanto juvenil. Pese a esto, la problemática sólo ha sido abordada focalizando la atención en los que presentan psicopatología, sin considerar el contexto familiar y los factores protectores y en salud mental. (2)

Se debe hacer énfasis en la importancia de los factores de riesgo y protección, cuya influencia es determinante en el origen, curso y desenlace de los trastornos mentales, especialmente en estas etapas de la vida.

Varios son los factores que se conjugan para dar cuenta del aumento de patología mental en niños y adolescentes. Entre los que parecen tener mayor incidencia cabe mencionar la soledad en transcurrir estos períodos cruciales del ciclo vital en la sociedad moderna. El progresivo aumento de separaciones matrimoniales y del divorcio, junto con el creciente fenómeno del embarazo de adolescentes, dan cuenta de un dramático aumento de hogares monoparentales. Un porcentaje importante de los embarazos de adolescentes son hijos no deseados, lo que conlleva a un grave riesgo de abandono, de privación afectiva abierta o encubierta, de maltrato infantil y en general de violencia intrafamiliar. (3)

Por otra parte, el hecho que un niño se críe en un hogar donde existan ambas figuras parentales garantiza que su desarrollo psicosocial vaya a cursar normalmente. La evidencia empírica no se equivoca al asegurar que la

discordia marital crónica es un factor seguro de graves trastornos emocionales y conductuales de los hijos.

Diversos factores macrosociales y culturales han deteriorado la calidad y cantidad de vida familiar, las condiciones laborales cada vez se contraponen más a la familia, sobre todo cuando ambos padres trabajan fuera del hogar lo que a la vez, determina que el adulto a cargo de los hijos debe trabajar jornada completa y por ende sólo tenga un mínimo el tiempo dedicado a su cuidado y protección.

A los factores psicosociales ya mencionados se agregan los de tipo biológico que también han incrementado la patología neuropsiquiátrica infantil.

Así entonces, y en síntesis, podríamos decir que los desafíos que nos plantea la sociedad actual hace cada vez más necesaria la asistencia de la Salud Mental infanto-juvenil. (3)

Se estima que al menos uno de cada cinco niños puede tener algún problema de salud mental identificable y tratable. Al menos uno de cada veinte, es decir, unos 3 millones de jóvenes pudieran tener una “perturbación emocional seria”. La depresión severa, que anteriormente se pensaba que afectaba solamente a los adultos, ahora se sabe que afecta a 1 de cada 50 niños. El suicidio es la tercera, y en muchos países la segunda, causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años de edad, siendo 18 los jóvenes que se quitan la vida diariamente. (4)

Durante mucho tiempo se ha negado que los niños y adolescentes sufrieran trastornos mentales o se ha minimizado su importancia. Sin embargo la realidad es bien distinta, más de la mitad de las enfermedades mentales de la población surgen en la infancia y existe una continuidad entre los trastornos mentales infantiles y los de la vida adulta. No hay duda respecto a la gravedad y serias consecuencias que tienen estos trastornos cuando no se tratan ya que condiciona seriamente su futuro, disminuye sus oportunidades educativas, vocacionales y profesionales. Se da la circunstancia de que un porcentaje muy elevado de niños y jóvenes que sufren trastornos mentales y no son diagnosticados terminan en Centros de Menores y en el mundo de la delincuencia, es decir, lo que no hizo el sistema sanitario pasa a ser un problema del sistema judicial cuando ya es muy difícil el remedio. No hay

que olvidar que estos trastornos pueden prevenirse, otros tratarse y curarse y una gran mayoría de pacientes puede llevar una vida satisfactoria.

La edad modula las características clínicas de los trastornos mentales y estos surgen en un momento u otro del ciclo vital dependiendo de la edad del individuo. Los Retrasos del desarrollo, el Autismo y otros Trastornos generalizados del desarrollo se manifiestan desde los primeros meses de vida. Los problemas de comportamiento desde los dos años, los síntomas de ansiedad desde los 4-5 años o incluso antes, el consumo de sustancias desde los 11-12 años, la esquizofrenia con características similares a la del adulto desde los 14-15 años y la depresión desde los 5-6 años. (5)

Así como las enfermedades pediátricas fueron el gran desafío del siglo XX, los problemas mentales, emocionales y psicosociales de los niños y adolescentes son, sin duda, el gran desafío sanitario del siglo XXI.

Un 10-20% de los niños y adolescentes sufre trastornos mentales y sólo una quinta parte son correctamente diagnosticados. Pero además hay que destacar que existen otros niños y jóvenes, en número nada despreciable, que tienen problemas que no cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno mental, pero que son fuente de sufrimiento. Estos niños también deben recibir ayuda y beneficiarse de una evaluación rigurosa y de medidas y recomendaciones apropiadas. La atención a la salud mental debe inspirarse en una visión esperanzada del futuro de los niños y adolescentes y debe basarse en los valores de justicia, equidad, solidaridad y respeto, pues ellos son nuestro futuro. (5)

Con los datos existentes no es fácil dibujar un cuadro preciso de la situación de la atención a la salud mental de los niños y los adolescentes. Y sin ese conocimiento es imposible tomar medidas para mejorarla.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) los países deben elaborar planes de acción en este campo que sirvan de referencia a los organismos e instituciones relacionadas con la infancia y la adolescencia (WHO, 2005). Estos planes contribuyen a mejorar la salud y bienestar de los niños y jóvenes e introducen criterios de equidad, justicia, rigor y eficacia. Los beneficiarios son la población infanto juvenil, las familias, las comunidades donde viven y la sociedad en general.

Hay que tener presente que los niños y los jóvenes adquieren entidad propia y dejan de ser una mera prolongación de los adultos. Esta visión tiene la ventaja de posibilitar el avance hacia la creación de servicios de salud mental propios. Una especificidad que abarcará también la formación de profesionales y la investigación.

Los trastornos mentales tienen enormes repercusiones en el desarrollo emocional e intelectual de los niños y adolescentes, en el aprendizaje escolar, la adaptación social y el descubrimiento de la vida. Minan la imagen personal y la autoestima, la estabilidad y economía de las familias y son una carga para toda la sociedad. Promover la salud mental infanto juvenil, prevenir, diagnosticar y tratar correctamente los problemas mentales y emocionales, es un acto de justicia social. (5)

La promoción de la salud de los niños y los jóvenes requiere la estrecha colaboración de los servicios sanitarios, educativos, sociales y judiciales, así como de los padres y la población en general.

Otro aspecto fundamental en la prevención y tratamiento de los trastornos mentales y emocionales de niños y adolescentes son los factores de riesgo y de protección de sufrir psicopatología. Unos y otros pueden ser de tipo genético, intrauterino, perinatal, familiar y social.

Uno de los objetivos esenciales debe ser evitar el estigma y discriminación de los niños y adolescentes. Los problemas mentales siguen siendo motivo de vergüenza para las familias y mucho más aun para los niños y los jóvenes que disponen de menores recursos intelectuales y emocionales para enfrentarse con la crítica y el desprecio. Si la enfermedad afecta a niños y adolescentes, los mencionados efectos tienen un componente aún más dramático. Los trastornos mentales y emocionales de la población infantil y juvenil son poco conocidos en el entorno social e incluso en el profesional, lo cual dificulta la consecución de ayuda en el preciso momento en que se sospecha que algo no funciona. Cuando la enfermedad avanza y se cronifica trae consigo dos elementos denominados con términos similares, pero con distinto contenido: perjuicio y prejuicio. Al perjuicio de la salud, se añade el prejuicio sobre la persona que la sufre. El prejuicio se alimenta del desconocimiento y es en este terreno donde nace y se fortalece el estigma. Por lo tanto, es de gran importancia el cuidado de la salud mental en la

infancia y adolescencia tanto en aquellos que puedan desarrollar trastornos en algún momento, como a los que tempranamente ya los presenten de forma evidente.

El objeto de este cuidado incluye a la familia, como el grupo más importante en el desarrollo de la salud mental del niño y adolescente, así como al entorno social con el que ellos establecen relaciones durante sus primeros años y a los profesionales que han de atenderle.

Hay que establecer sistemas integrales, integrados y eficientes de promoción, prevención, asistencia, tratamiento, rehabilitación y recuperación lo que conlleva la necesidad de una indispensable articulación entre niveles sanitarios (neonatología y pediatría hospitalaria, atención primaria, sistema salud mental especializada) e intersectoriales (educación y servicios sociales entre otros) en planes coordinados conjuntamente.

Para alcanzar mejores niveles de salud mental positiva no basta con tratar las enfermedades mentales, sino que son necesarias políticas, estrategias e intervenciones dirigidas, de forma específica, a mejorarla. Para ello es necesario cambiar el énfasis desde la perspectiva tradicional, centrada en los trastornos mentales, hacia una nueva perspectiva que tome en consideración la promoción de la salud mental. (5)

El conjunto de acciones de promoción y prevención deben desarrollarse sobre necesidades identificadas, lo cual requiere identificar poblaciones diana en entornos y hábitats concretos.

La filosofía asistencial integral y continuada en salud mental de la infancia y adolescencia desde el modelo comunitario comporta desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento, la rehabilitación y la integración social y laboral.

Además de suficientes recursos humanos y de infraestructura para ofrecer una atención de calidad, es preciso contar con profesionales bien formados, con programas de estudios homogéneos en psiquiatría infantil en centros acreditados y reconocidos dentro de la especialidad de psiquiatría del niño y del adolescente. (6)

Para los niños y jóvenes con derechos vulnerados, el Estado debe propugnar el restablecimiento de vínculos familiares y comunitarios, al tiempo que busque fortalecer la protección integral con el propósito de recuperar el

ejercicio pleno de sus derechos; en especial de aquellos víctimas de violencia intrafamiliar, de desplazamiento forzado, del abuso y del delito organizado, vinculados al conflicto armado, o declarados en abandono, para construir proyectos de vida que aseguren su desarrollo personal y social. El Estado, la sociedad civil y los propios jóvenes deben crear, condiciones para que la juventud asuma el proceso de su formación integral en todas sus dimensiones. (1)

La Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) y su Programa Presidencial “La Salud Mental de la Población Infantil, Juvenil y de la Familia” en vista de la necesidad de apoyar a la población infanto juvenil y sus familias en el desarrollo óptimo de su salud mental, decide la publicación de este libro que sirve, indiscutiblemente, como material de consulta y estudio en lo concerniente los ámbitos de la comprensión y diagnóstico de las patologías, así como de la intervención, prevención, trabajo de psicoeducación comunitaria e investigación de la realidad de los niños, adolescentes y sus familias. Este texto ha permitido la promulgación de conocimientos, opiniones y experiencias en este ámbito por parte de los expertos de Iberoamérica y de algunos otros países del mundo, reflejando no sólo las bases de la psicopatología infanto juvenil, sino como enorme ayuda para investigar la realidad psicosocial y de desarrollo en todo ámbito de la población infanto juvenil.

“Salud Mental Infanto Juvenil: Prioridad de la Humanidad” consta de varias secciones que abarcan un amplio espectro, desde el desarrollo del cerebro y la conducta humana, pasando por los diferentes trastornos emocionales y mentales que se pueden generar en las diferentes etapas de la vida de un individuo desde su nacimiento hasta el final de la adolescencia, detallando medidas de abordaje, prevención y promoción basadas en la detección temprana de los factores de riesgo y la potenciación de los factores protectores de la Salud Mental infanto juvenil. El texto comprende también las diferentes formas de terapia que han evidenciado su eficacia en este grupo etario. Finalmente se hace un repaso a la situación actual de la niñez y la adolescencia en Latinoamérica y El Caribe proponiendo planes de atención integral para esta población basados en la defensa irrestricta de sus

derechos y la aplicación de los Objetivos del Milenio propuestos por las Naciones Unidas.

Vale la pena antes de iniciar la lectura y estudio de este Manual de Salud Mental Infanto Juvenil, recordar las palabras de Carol Bellamy, Directora Ejecutiva del UNICEF, en septiembre de 1999, pues nos puede dar la real dimensión de la importancia vital de esta temática:

"No resulta pedir demasiado imaginar un mundo donde las familias, las comunidades y los gobiernos defienden el derecho de todos los niños a la salud, a una buena alimentación y a una educación de calidad; un mundo donde la crianza del niño sea un proceso en marcha y amplio, y donde el derecho de los adolescentes a la salud y el desarrollo reciba la atención minuciosa que merece. Un mundo, en resumen, donde el interés superior del niño esté siempre primero."

LOS EDITORES

SEPTIEMBRE, 2010

BIBLIOGRAFÍA

1. Salud mental de los jóvenes. Documento Publicado por Salud y Desplazamiento, <http>
2. Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. Revista chilena de pediatría, versión impresa, v.75 n.5 Santiago, oct. 2004
3. Revista chilena de neuro-psiquiatría, versión On-line, v.38 n.3 Santiago, jul. 2000
4. Acerca de la Depresión del adolescente y el Suicidio, en: www.MentalHealthMinistries.net
5. Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes Abril, 2008
6. Sobre la necesidad de crear la especialidad de psiquiatría infantil en España. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. v.27 n.1. Madrid, 2007.

Sección I

**BASES BIOLÓGICAS,
PSICOLÓGICAS Y
EVOLUTIVAS DEL
CEREBRO Y LA
CONDUCTA**



*Las cualidades de los padres quedan
inscritas en el espíritu de los hijos,
igual que los dedos de un niño en las
alas de una fugitiva mariposa*

José Martí

NEURODESARROLLO Y NEUROCIENCIAS

DR. RODRIGO CHAMORRO OSCHILEWSKY

En los inicios de este nuevo siglo se ha ido consolidado la tendencia que venía imponiéndose con fuerza en los últimos 30 años, donde la Neuropsiquiatría ha ido transformándose de un arte práctico a una disciplina científica basada en los aportes de las neurociencias, y encaminándose a la mirada clínica desde la biología molecular. Este cambio en el marco de referencia ha ido posibilitando un cambio de paradigma, que debemos considerar como parte de nuestro obligatorio abordaje, desde las etapas más tempranas de evolución del ser humano, incluida la variable perinatal, es decir, desde lo genómico. Manejar, conocer y modular las bases biológicas del neurodesarrollo, junto al avance plástico que nos muestran las neurociencias, nos permite intervenir cada vez más eficientemente el tanto el tratamiento que requieren nuestros pacientes, como en el desarrollo de programas gubernamentales que puedan prevenir déficit en poblaciones vulnerables. (Chamorro, 2007; Kendler, 1995, Stein DJ et al, 2010)

El neurodesarrollo es un área de conocimiento científico basado en la neurociencia y la biología evolutiva que describe los mecanismos y procesos por los que el sistema nervioso se genera desde el desarrollo embrionario y se modula durante el resto del ciclo vital, modificando las conexiones entre sí, creando el substrato neurofisiológico que posibilitará el desarrollo de las funciones cognitivas y comportamentales, tanto en condiciones normales como patológicas. Los trastornos del neurodesarrollo constituyen la más numerosa categoría de condiciones crónicas para niños preescolares y escolares, afectando al individuo a lo largo de toda su vida. La mayoría de las investigaciones han demostrado que en la edad escolar, el padecimiento crónico más frecuentemente diagnosticado es el de

dificultades de aprendizaje, seguido por los déficit de atención, o los trastornos del lenguaje y la comunicación, con una prevalencia 3 o 4 veces mayor a la más común de todas las patologías somáticas. (Banyard, P, 1995; Lie DC, 2004; Fuster JM, 2005)

Aun cuando las investigaciones sobre neurodesarrollo tienen un inicio precoz en el ámbito de la descripción, es partir del año 1990 en que comienza a estudiarse el este, desde la perspectiva de la neurociencia y se comprende que el desarrollo psicomotor es una consecuencia de la interacción entre la genética y el medio ambiente, expresados en el desarrollo cerebral, con la participación de más de 30.000 genes para construir esta maravillosa red de circuitos. Tras las primeras secuencias embriológicas que llevan a la Gastrulación, se inicia el desarrollo del Sistema Nervioso, que deviene de la capa ectodérmica del huevo, pasando por el proceso notocordial y luego la Inducción Dorsal y Ventral, en las primeras semanas tras la fecundación, dando inicio luego la etapa de Proliferación, entre el 2º y 4º mes de gestación, cuando aumenta el número de neuronas y células de la glía, para continuar con el proceso de Migración, en el que las neuronas viajan desde las zonas centrales hasta la periferia, para formar la corteza cerebral, entre el 3º y 5º mes, para luego comenzar el complejo proceso de Organización, que comienza en el 6º mes, pero continúa varios meses después del nacimiento, con la arborización de las dendritas, que establecen cada día millones de circuitos, algunos que persisten y otros que desaparecen, para dar paso a otros más complejos como la muerte celular programada.(Larsen.W,Larsen.J,2003). En las primeras etapas de la formación del sistema nervioso se producen muchas más células que las que definitivamente se requerirán. Esta producción inicial en exceso es una de las reglas que subyacen a los fenómenos plásticos. Durante la maduración normal de los vertebrados, mueren más del 50% de algunos tipos de neuronas antes de formar sinapsis con sus células blanco. Esto pone en evidencia la necesidad de ciertos factores neurotróficos, para su supervivencia. Los axones neuronales compiten entre sí, por una cantidad limitada de factor neurotrófico que provee el órgano blanco. Estas señales parecen estar suprimiendo un programa intrínseco de una suerte de suicidio celular cuyo componente proteico está comandado

genéticamente. Dado que tales factores neurotróficos se obtienen al contactarse la neurona con su blanco y producirse la actividad sináptica, la inhibición de la muerte celular programada, una de cuyas formas es la apoptosis, sería una acción dependiente de la actividad sináptica. Si el sistema no entra en funcionamiento, no se posibilita el equilibrio entre supervivencia y muerte neuronal que lleva a su adecuada maduración.

La investigación y descubrimiento de moléculas con acción neurotrófica, en estos últimos años, ha generado grandes expectativas por sus implicancias terapéuticas. Existe una cantidad de compuestos químicos que tendrían acción neurotrófica, favoreciendo el crecimiento axonal y la supervivencia celular. Se destacan entre ellos algunos neurotransmisores, diferentes neuropéptidos y algunas hormonas: tiroideas, corticoesteroides, (ACTH), andrógenos e insulina (Busciglio J, 1995; Kroemer G, 2009).

Luego de esto se inicia el más prolongado proceso en el desarrollo: la Mielinización, que comienza alrededor del nacimiento y se extiende por varios años, permitiendo el aislamiento de circuitos y mejorando la velocidad de conducción nerviosa. Este conocimiento, netamente descriptivo, se enfrenta hoy a la programación genética molecular, que corresponde a la embriogenética moderna, donde se describen programas genéticos predefinidos que dirigen y coordinan la diferenciación celular y tisular y permite entender, con mayor precisión, las secuencias temporales y espaciales de los cambios estructurales y funcionales que va experimentando el cerebro. La interacción de múltiples y variados genes, algunos organizadores, otros reguladores o inhibidores, programan sincrónicamente el neurodesarrollo y cualquier alteración o problema de alguno de ellos, ya sea de manera directa o indirecta, se traduce en una patología del Sistema Nervioso Central, con severas repercusiones en el desarrollo psicomotor. Todas las características definidas a nivel de nuestro genoma, son sometidas a interacción con el medio ambiente, el cual puede introducir modificaciones positivas o negativas para el neurodesarrollo. Aquí está la clave del rol que ejerce el medio ambiente, que ejerce influencias en la arquitectura cerebral y sus funciones.

Las bases para los procesos cognitivos se desarrollan como funciones cerebrales superiores. (Bavelier D, 2002).

Poseemos un cerebro arquitectónico que fundamentalmente se genera desde la gestación sobre el cual se asentarán en la vida post natal todas las funciones cerebrales en las redes de conexión que se establecen en el denominado “cerebro funcional”. Todo este proceso determinado genéticamente, hoy nos devela algunos de sus vínculos entre lo genómico, lo epigenético y lo ambiental. (Rampom C, 2000. Rueda N, 2005).

La formación de los distintos sistemas neuronales y las vías de asociación entre ellos es regulada por proteínas específicas como la Reelina. El rol que cumplen estas proteínas es dirigir el viaje de nuevas poblaciones neuronales que van a conformar el futuro cerebro.

La Reelina dirige la migración neuronal la que a su vez es activada a través de información genética (Foxg1), que da la señal para que esta proteína active la migración neuronal. El rol de las hormonas tiroideas, particularmente T8 y T4, presentes precozmente en el feto, son fundamentales para dar la señal de encendido a la acción de estas proteínas en el cerebro, hipocampo y cerebelo. Así se inicia el maravilloso y prodigioso proceso de migración de poblaciones neuronales, guiadas para conformar estructuras corticales. La acción de los genes durante el desarrollo modifica el fenotipo, positiva o negativamente, por la capacidad de plasticidad del sistema nervioso.

Esta alteración se demuestra clínicamente cuando el individuo alcanza el nivel de desarrollo en que esa función es requerida; como por ejemplo en la dislexia. Para este trastorno se ha postulado como base biológica que se produciría, por una alteración de la migración neuronal generando una simetría de una zona de las áreas temporales denominada “Planum Temporale”. Esta suerte de simetría no permite que un hemisferio cerebral comande o de la señal de desarrollo de la función y esta no se activa adecuadamente, retrasando el proceso de aprendizaje. (Griffiths T, 2002; Galaburda A, 1985)

Contamos con un cerebro funcional que participa activamente en el neurodesarrollo y que se va modulando plásticamente durante toda la vida.

Este proceso activo y dinámico ha sido estudiado desde la investigación en neurociencias y comporta un importante desafío para la comunidad

educativa dado que todo cerebro permanece generando poblaciones neuronales durante toda la vida de un ser humano.

El neurodesarrollo implica la transformación del ser humano en el tiempo y esto se lleva a cabo por dos mecanismos: por un lado la maduración, que es la actualización de las potencialidades transmitidas por la herencia; y por otro, el aprendizaje, definido como el cambio permanente en la conducta a consecuencia de las experiencias o de la actividad del individuo con el medio.

La maduración es un proceso progresivo y está determinada genéticamente, presentando periodos de mayor vulnerabilidad, vinculados a procesos estructurales y a las etapas definidas por Piaget como pre-operacionales, operaciones concretas y operaciones formales (Chamorro R 2007).

Durante mucho tiempo los conductistas postularon que la mayoría de las funciones corticales, como el desarrollo del lenguaje oral, estaban condicionadas por el aprendizaje. En los inicios de la década de los sesenta en el siglo XX, fue postulada por Noam Chomsky y la escuela post-chomskiana, la teoría de la Gramática Generativa Transformacional del Lenguaje, que determinó que habría un código genético universal presente en cualquier sujeto, independiente de la lengua que hable, que hace que el niño vaya generando una gramática propia, y que no era producto del aprendizaje; teoría que revolucionó los conceptos de la Lingüística hasta nuestros días. (Chomsky, 2003).

Los cambios físicos que ocurren en los procesos de maduración son un incremento del grosor de la corteza cerebral, desarrollo de células piramidales, incremento de la densidad neuronal y procesos progresivos de mielinización. Luego de esto y a lo largo de toda la vida, desde el aprendizaje y en un ambiente cálidamente enriquecedor deviene un fenómeno neuroplástico, que no solo regula la arquitectura, sino también la modulación neuroquímica y la generación de nuevas poblaciones neuronales en áreas específicas de la corteza cerebral. Y si bien es cierto, aún no se cuenta con un modelo bien formulado que entregue una teoría sistemática e integradora que permita hacer predicciones certeras para los problemas más fundamentales, aunque se camina con paso seguro en esa dirección. Hoy podemos suponer ya no habrá una brecha entre la teoría de la mente, las

ciencias cognitivas, la neurobiología molecular, genética y evolutiva y la terapéutica basada en la evidencia. Éstas más bien son expresiones de que entramos en el milenio de la mente, cerebro y conducta con una visión materialista y no reductivista, incorporando nuevos polos de desarrollo en el área de la Salud Mental.

Desde esta mirada, grandes han sido los aportes que se han generado desde las propuestas de Eric Kandel, por provenir de un psicoanalista que giró a la neurobiología de la memoria alcanzando el Premio Nobel de Medicina y Fisiología del año 2000 junto a A. Carlsson y P. Greengard. En cinco principios condensa los nuevos fundamentos que están a la base de la neuropsiquiatría biológica científicamente concebida, y que le permitirán responder problemas ubicados en su propio nivel (diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales) así como proponer cuestiones conductuales que la biología podrá encarar empíricamente para entender realísticamente los procesos mentales superiores, las proposiciones de Kandel representan la máxima que persigue la actual psiquiatría: La mente encuentra al cerebro.

Desde esta perspectiva cobra importancia la Neuroplasticidad, definida como la capacidad del sistema nervioso de modificar su función ante cambios tanto del medio interno como del medio externo. Este fenómeno que hace que las poblaciones neuronales estén en constante desarrollo y cambio no solo es funcional sino también neuroquímico. No podemos dejar de mencionar aquí que una de las funciones de los neurotransmisores es mediar cambios plásticos a través de su acción trófica en momentos críticos del armado del cerebro, función que dependería de la activación sináptica, y que los procesos plásticos también permitirían que grupos de neurotransmisores que están destinados a una particular función, muten transitoriamente en otra para compensar los fenómenos dinámicos que ocurren en nuestro cerebro. (Huttenlocher PR 1997) .Así por ejemplo neuromoduladores como GABA, que cumplen un rol de inhibición de una respuesta, frente a situaciones muy particulares pueda cumplir un rol activador de modo transitorio. Es importante entonces recordar que estamos en presencia de un circuito activo y dinámico donde cada una de las millones de células nerviosas es capaz de establecer contacto sináptico con hasta diez mil nuevos circuitos.

Durante los últimos años, investigadores como Bach y Rita han ido más lejos aun. Postula que los contactos neuroquímicos no solo se harían desde la sinapsis, sino que la mayoría de los neuromoduladores actuarían a través de procesos de difusión sin gran gasto energético para el sistema, particularmente en los circuitos de memoria.

El desarrollo de investigaciones en neuroplasticidad, se producen desde fines del siglo XX hasta hoy, sorprendiéndonos con la infinita capacidad que desarrolla el ser humano en los procesos de aprendizaje durante toda la vida, elementos que luego permiten desarrollar capacidades de readaptación como la resiliencia. Una de las zonas mas estudiadas son los circuitos de memoria y particularmente el Hipocampo, zona que cumple un rol importante en circuito funcional de la memoria cognitiva. Estas investigaciones se han realizado a partir de la investigación de fenómenos que se evidencian con relación a cambios moleculares y celulares como fenómenos de adaptación a la administración de fármacos como los antidepresivos; a la investigación de la neurobiología de la adicción y a investigaciones del rol de los mecanismos involucrados en la proliferación neuronal o en la muerte de poblaciones neuronales.

Los fenómenos neuroplásticos afectan a todos los sistemas en un cerebro normal, el que está en equilibrio dinámico, en constante alteración al servicio de las funciones que realiza y este fenómeno opera tanto en beneficio funcional y también como mecanismo de desarrollo de las enfermedades o disfunciones del sistema. Claramente está determinado que algunas de las variables que inciden en el desarrollo de los fenómenos neuroplásticos son tanto la edad, como el género, las hormonas, un ambiente enriquecido, la ejercitación y el aprendizaje.

Si consideramos estas tres últimas variables, es claro el rol que en este fenómeno cumplen los procesos educativos facilitadores que consideren y modulen los estilos diversos de aprendizaje. (Bavelier D.2002).

Los recientes estudios referidos a la proliferación neuronal en Hipocampo, particularmente en la zona subgranulosa del Gyro Dentado han determinado que una caída de neurotransmisores como la serotonina, observadas en Trastornos del Ánimo, producen verdaderas podas dendríticas en las células hipocampales, lo que se traduce no solo en un freno de la proliferación de

poblaciones neuronales sino que en la disminución funcional del circuito, que si no se aborda adecuada y precozmente puede derivar en una severa disfunción de los circuitos de memoria.

Recientes investigaciones muestran que las personas sometidas a estrés, sea éste transitorio o sostenido, sobreliberan desde las glándulas suprarrenales altos niveles de glucocorticoides. Cuando esto ocurre, éste ocupa el lugar de los receptores NMDA, que son receptores específicos de glutamato. El glutamato es un neurotransmisor que está implicado en los mecanismos de facilitación intracortical. Al ser inhibidos, porque los receptores están ocupados por los glucocorticoides, se bloquea la capacidad plástica de la corteza cerebral.

Se sabe hoy que el estrés agudo, afecta más la proliferación dendrítica, y que el estrés crónico afecta más a la neurogénesis y a la sobrevivencia celular.

También se ha determinado que los efectos acumulativos del estrés afectan la remodelación dendrítica (Ming G, 2005. Kandel E, .2009).

Los aportes desde las neurociencias nos muestran que estamos en presencia de un cerebro que es plástico, lo que permite que el aprendizaje se desarrolle de muchas maneras pues no hay límites para el crecimiento y capacidad del ser humano para aprender en forma activa durante toda la vida, claramente relacionado con esta capacidad que tienen las poblaciones neuronales de hacer y fortalecer conexiones permanentemente, lo que constituye el andamiaje del desarrollo de las inteligencias.

Tenemos entonces los humanos un cerebro que está organizado de manera única y aunque todos tenemos un mismo conjunto de sistemas y circuitos cerebrales, todos somos diferentes y únicos en nuestra manera de enfrentar cualquier experiencia. Ésta diferencia es consecuencia de nuestra herencia genética, del desarrollo de diferentes talentos e inteligencias que van a generar estilos de aprendizaje distintos que expresan la diversidad como característica de lo que significa ser humano (Chamorro R, 2007).

El aporte que hace el estudio de las inteligencias debe estar al servicio del aprendizaje en este universo diverso de los seres humanos, desde por ejemplo la teoría del procesamiento de la información, que plantea que el modo en que las personas almacenan el material en la memoria y lo utilizan para resolver tareas intelectuales ofrece la medida más exacta de la

inteligencia. Esta teoría se preocupa de los procesos neurobiológicos que permiten el procesamiento de la información, pero fija su atención solo en los procesos intelectuales.

Para teóricos como Lev Vygotsky, investigador ruso cuyas investigaciones son previas a los estudios de Jean Piaget, pero conocidas posteriormente en Occidente, plantean que la inteligencia es la absorción de las prácticas culturales adecuadas a través de la interacción andamiada en actividades importantes para la sociedad. A través de ellas, dice Vygotsky, el sujeto se asegura la adquisición y uso del conocimiento, las formas de representarlo y los modos de pensar y razonar con el lenguaje, todas herramientas culturales que constituyen la inteligencia.

Surge luego un investigador judío que ha realizado un vuelco sustancial al modo de enseñar. Reuven Feuerstein postula la teoría de la modificabilidad cognitiva estructural, la que desarrolla diez criterios considerados como piezas de un rompecabezas que contribuyen al hecho de la experiencia de aprendizaje mediatizado, donde el papel del educador es fundamental e indispensable en el proceso de enseñanza y aprendizaje del alumno. Aquí el educador juega un rol de mediador no solo en la entrega de la información sino también en la elaboración del desarrollo del conocimiento en forma activa, y desde esto se modifica el estilo de evaluación del aprendizaje. (Ávila Fuenmayor, F 2009)

Los aportes de Daniel Goleman enfatizan el desarrollo de la inteligencia respetando los procesos emocionales, a través de cinco grandes capacidades como el reconocer la propia emocionalidad y su motivación, a objeto de modular nuestras propias emociones, lograr identificar las emociones de los otros y desde allí, establecer un manejo relacional con el otro en un marco armónico. (Goleman, D.1996: Fernández Berrocal P. 2005).

Humberto Maturana ha postulado un nuevo concepto sobre el desarrollo de la Inteligencia, planteando que ésta debe ser definida como la plasticidad conductual relacional que aparece generando una conducta adecuada en un medio cambiante y postula que todos los seres vivos son inteligentes puesto que pueden participar en dominios de conductas consensuales que no requieren acuerdos previos (a menos que tengan daño cerebral o alteraciones genéticas que alteren el normal desarrollo del cerebro).

Maturana postula que el entrelazamiento consensual de emociones y de lenguaje nos permite vivir simultánea y sucesivamente en diferentes redes de conversaciones, por lo que la inteligencia no tiene que ver directamente con las habilidades y destrezas, sino con la capacidad de sintonizar adecuadamente con las circunstancias que se viven. Para Maturana, la única emoción que expande la inteligencia es el amor porque consiste precisamente en las disposiciones corporales y psíquicas que generan las conductas relacionales a través de las cuales todo surge en su legitimidad.

Así se empieza a producir una suerte de sincronía entre lo conceptual respecto de los aprendizajes e inteligencia y los fenómenos neurobiológicos que ocurren en los seres humanos generando la necesidad de su aplicación en el aula de un nuevo cambio respecto del aprendizaje. (Maturana, 1991).

Surge entonces el concepto de Inclusión que debe generarse desde la familia, respetando la diversidad individual, no necesariamente patológica.

Esto genera consensos en educación y se postula desde el encuentro en Salamanca de la necesidad de crear un aula inclusiva. Esto requiere entonces el desarrollo de nuevas pruebas de evaluación que puedan determinar que estilo cognitivo tiene cada uno de los alumnos, para potenciar desde allí el aprendizaje.

Howard Gardner hace un aporte sustancial en este sentido, postulando la teoría de las inteligencias múltiples determinado ocho subtipos de inteligencias donde cada uno de nosotros opera con una combinación única y particular de ellas. (Gardner, 2005)

Sorprende entonces, que en la mayoría de los países occidentales aun se utilice como escala de evaluación de la inteligencia, que determinará el tipo de escuela a la que un sujeto debe asistir, la medición del coeficiente intelectual (CI).

La teoría del coeficiente intelectual tiene desde ya, errores conceptuales dado que no respeta la posibilidad de cambio. Uno de los supuestos involucrados en esta teoría es que las pruebas de CI miden un factor general, por lo que se puede predecir que la inteligencia de la persona se mantendrá dentro de los mismos rangos si las condiciones socio-ambientales se mantienen relativamente estables, pues el rendimiento del sujeto se comparará con el rendimiento obtenido por su grupo de referencia viviendo

en condiciones semejantes por lo que para estos teóricos la inteligencia sería estable a lo largo de la vida.

Grandes dificultades tenemos a veces con pacientes que tienen algún trastorno del desarrollo en áreas específicas como por ejemplo en el lenguaje, que al ser medidos por pruebas de CI, eventualmente pueden equivocadamente darnos cifras que nos obligarían a insertarlos en escuelas especiales.(Chamorro R 2007).

El desarrollo de las *conductas inteligentes*, requiere del desarrollo armónico de una serie de funciones que van desde el manejo del estado de alerta por la Formación Reticular Ascendente, que permitirá que los estímulos sensoriales, ya maduros, procesen la información obtenida a partir de la capacidad para manejar los circuitos atencionales eficientes , para codificar toda información sensorial lingüísticamente, y anclarla en circuitos de memoria de largo plazo, particularmente en regiones hipocampales, para estar al servicio de la planificación organización y ejecución de respuestas en todos los ámbitos, tanto cognitivos como emocionales. Es por esto que debemos conocer el rol que cumplen la áreas prefrontales en el asentamiento de las funciones ejecutivas. Los problemas conductuales y de aprendizaje no dependen solo de la condición biológica sino también del ambiente, la capacidad de adaptación, las características psicológicas, socioeconómicas y acontecimientos estresantes. Numerosos aspectos psicosociales contribuyen, sin lugar a dudas, a incrementar o favorecer la sintomatología del niño con este trastorno. Sin embargo es importante conocer que la Función Ejecutiva no solo es responsable de la atención. Desconocerlo puede llevar a errores significativos en el curso de los procesos cognitivos de los pacientes. Otro elemento importante para estos procesos es la conciencia fonológica, considerada una habilidad metalingüística que consiste en la toma de conciencia de cualquiera unidad fonológica del lenguaje hablado. También se utiliza el término conciencia fonémica, definida como la capacidad que tiene el sujeto de descubrir en la palabra un secuencia de fonos o de fonemas. La diferencia entre ambos términos está vinculada a los investigadores que trabajan analizando este proceso, pero cumplen las funciones de segmentar las palabras en sus fonemas, identificar fonemas

dentro de las palabras, reconstruir una palabra a partir de sus fonemas, agregarles u omitir fonemas, etc.

Una de las estructuras funcionales significativas está en la memoria de trabajo o memoria operativa. Esta no es una memoria en si misma, sino de atención operativa que permite trabajar con los contenidos de la memoria, almacenando información limitada a los estímulos percibidos, y la manipula al servicio de procesos cognitivos más complejos, facilitando la codificación de la información en línea.

Los componentes de esta Memoria de Trabajo son:

- El Bucle Articulario, que mantiene activa y maneja la información presentada por medio del lenguaje, está presente en las áreas puramente lingüísticas.
- La agenda visoespacial, que manipula la información visual y espacial
- El Sistema Ejecutivo Central o sistema atencional supervisor, que distribuye la atención que se le asigna a cada tarea y la vigila de acuerdo a la tarea y al ajuste de las demandas del contexto.
- Y el Buffer Episódico, cuyo rol es combinar la información fonológica-visual y la integra con la información que proviene de memoria a largo plazo. (Muzzio,I. 2009 Sastre-Riba,S.2006)

La respuesta preventiva debe necesariamente entonces incorporar a la neuropsico educación como parte de la prevención, tanto desde la gestación en programas de prevención de riesgos en el embarazo, como en los programas de estimulación temprana, a los que prefiero denominar “oportuna”, hasta las variables de manejo que se hacen en las aulas de clases. la educación, aún cuando estas todavía se mantiene atrapada en estructuras rígidas, generalmente referidas a modelos que no evolucionan al ritmo en que lo hacen los estilos de aprendizaje de los educandos. Este proceso que debiese vivirse como parte de una comunidad activa, generalmente se mantiene compartamentalizada en cada una de las estructuras que están involucradas. Por una parte con sistemas educacionales decretados por los ministerios de educación; por otra los maestros entrenándose y aplicando activamente los planes y programas; la familia frecuentemente ausente del proceso, “delegando” la educación a la escuela;

los alumnos, que miran con algún grado de sorpresa y frustración la no conciencia de sus potenciales en los aprendizajes y finalmente un grupo de investigadores en neurociencias y psicología que desarrollan investigación, pero que no son parte de la unidad que es necesaria para el gran cambio y la revolución que occidente necesita en neurodesarrollo, particularmente en poblaciones de riesgo.

Inevitablemente deberá ocurrir en los próximos años una concordancia de todos los actores, que apunte hacia la aceptación de la diversidad, el respeto por esta, y la entrega de herramientas que permitan el aprendizaje respetando los estilos cognitivos individuales, para desarrollar el aula inclusiva.

Para que esto ocurra, entre otras cosas es necesario romper el divorcio que existe entre la neurociencia cognitiva y la educación, y participar activamente como entidades científicas junto a nuestros gobiernos en el desarrollo de políticas públicas de protección a la infancia. (Chamorro R 2010).

Finalmente el descubrimiento de las neuronas espejos, como circuitos que se activan en el observador, del mismo modo que lo hace el cerebro del ejecutor, hoy asociado no solo a competencias motoras, sino también a la capacidad de identificarse con las emociones de otro, de un modo empático, parecen ser un argumento irrefutable para la inclusión global en la comunidad de niños con trastornos del neurodesarrollo. (Rizzolatti G 2010).

BIBLIOGRAFÍA

1. Ávila Fuenmayor, F et al. Reflexiones en torno a la Epistemología Constructivista de Lev Vygotsky: aportes a la educación superior venezolana. Omnia. 2009, vol. 15.
2. Bavelier D, Neville H. Neuroplasticity, Developmental. En: Ramachandran VS (Ed). Encyclopedia of the Human Brain, vol 3. New York, Academic Press 2002.
3. Chamorro, R. (2007). Inteligencia, diversidad cognitive-emocional. Terremotos y soñadores. TDAH Journal. Earthquakes and dreamers. Argentine [TDAH Journal], 12(5), 9-12.

4. Chamorro R, Martínez C, Belfort E. Child psychiatry and mental health in Latin America. *International Review of Psychiatry*, 2010 (En prensa).
5. Chomsky N. *La Arquitectura del Lenguaje*, Ed Kairós 2003.
6. *Encyclopedia of the Human Brain*, vol 1. New York, Academic Press 2002.
7. Fernández Berrocal P et al. La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, Vol. 19, Núm. 3, 2005, pp. 63-93.
8. Fuster JM. The cortical substrate of general intelligence. *Cortex* 2005; 41: 228- 9.
9. Galaburda A et al, Developmental dyslexia: Four consecutive patients with cortical anomalies. *Annals of Neurology* Volume 18, I 2, pp 222–233, Aug.1985.
10. Gardner, Howard: *Inteligencias Múltiples*, Paidós. 1997.
11. Gardner, Howard: *Arte Mente y Cerebro*, Ed. Paidós.2005.
12. Griffiths T, Warren J The planum temporale as a computational hub. *Trends in Neurosciences*, V25, I 7, 348-353.July 2002.
13. Goleman, D. *La Inteligencia Emocional*. Javier Vergara Ed., 1996.
14. Huttenlocher PR, Dabholkar As. Regional differences in synaptogenesis in human cerebral cortex. *J Comp Neurol* 1997; 387: 167-178.
15. Kandel, E.R. (2009). The biology of memory: A forty-year perspective. *Journal of Neurosciences*, 29(41), 12748–12756.
16. Kroemer G et al, Classification of cell death: recommendations of the Nomenclature
17. Larsen W, Larsen J, *Embriología Humana*, Elsevier Science, 2003
18. Lie DC, Song H, Colamarino SA, Ming G, Gage FH. Neurogénesis in the adult brain: new strategies for central nervous system diseases. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 2004; 44: 399-421.
19. Maturana, Humberto: *Emociones y lenguaje en educación y política*. Santiago de Chile, Hachette, 1991

20. Ming G, Song H. Adult neurogenesis in the mammalian central nervous system. *Annu Rev Neurosci* 2005; 28: 223-250.
21. Muzzio, I.A., Kentros, C., & Kandel, E. (2009). What is remembered? Role of attention on the encoding and retrieval of hippocampal representations. *Journal of Physiology*, 15(587), 2837–2854.
22. Rampon C, Jiang CH, Dong H, Tang YP, Lockhart DJ, Schultz PG, Tsien JZ, Hu Y. Effects of environmental enrichment on gene expression on the brain. *Proc Natl Acad Sci USA*, 2000.
23. Rizzolatti, G., & Fabbri-Destro, M. (2010). Mirror neurons: From discovery to autism. *Experimental Brain Research*, 200(3–4), 223-237.
24. Röder B, Rösler F. Compensatory plasticity as a consequence of sensory loss. En: Calvert G, Spence C, Stein BE (Ed). *The Handbook of Multisensory Processes*. Cambridge, MA, The MIT Press 2004.
25. Rosenzweig MR, Bennett EL. Psychobiology of plasticity: effects of training and experience on brain and behavior. *Behav Brain Res* 1996; 78: 57-65.
- Rueda N, Mostany R, Pazos A, Flórez J, Martínez-Cué C. Cell proliferation is reduced in the dentate gyrus of aged but not young Ts65Dn mice, a model of Down síndrome. *Neurosci Lett* 2005; 380: 297-301
26. Sastre-Riba, S. Early development and learning conditions: The role of executive functions. *Rev de Neurología*.2006.
27. Stein DJ, Phillips KA, Bolton D, Fulford KW, Sadler JZ, and Kendler KS: What is a mental/psychiatric disorder? From DSM_IV to DSM_V. *Psychol Med*. 2010, Jan 20:1-7.
28. Yusuf HKM, Islam K. Brain development. En: Ramachandran VS (Ed).

DESARROLLO PSICOLÓGICO, APEGO Y AGRESIÓN

DR. HANS-OTTO THOMASHOFF

Traducción: Dra. Emma Saad de Janon

EI INICIO DE LAS VIVENCIAS

Imagínese que Usted se encuentra en una habitación con una tenue luz rojiza. La temperatura es agradablemente cálida. Todas sus necesidades son satisfechas, antes de que usted siquiera esté consciente de ellas. Tiene lo necesario para alimentarse y para calmar su sed; se siente protegido y realmente mimado, de tal forma que llega a experimentar una sensación de total satisfacción. ¿Dónde piensa Usted que está? ¿en el paraíso???, ¿en el mundo de los sueños???, ¿en el mejor „burdel“ de todos los tiempos???, o... ¿en el vientre de su madre???

Algo parecido a lo descrito debe ser la vida antes del nacimiento. Esto seguramente le resulta sorprendente y le genera dudas, sin embargo cada uno de nosotros estuvo en el vientre de su madre protegido por una atmósfera líquida y cálida, ha tenido e interiorizado esas primeras vivencias psíquicas. Y no solamente eso....Como sabemos, el cerebro relaciona todas las vivencias posteriores con base a las experiencias que se tienen en etapas previas. Entre más temprano hemos experimentado algo, es mayor la influencia que dichas vivencias puedan tener en nuestra existencia en etapas posteriores de la vida.

PRIMER PENSAMIENTO

Ya en la 7. Semana de gestación las neuronas del embrión comienzan a enviar impulsos. En la 8. Semana se ha formado la estructura anatómica del cerebro. En el 5. Mes de gestación el feto puede saborear, en el 6. Mes puede oír y en el 7. puede ver. Por eso en las ecografías se puede observar que si inyectamos quinina en el líquido amniótico, sustancia de sabor

amargo, el feto casi no toma de dicha agua y más bien cierra la boca. Si por el contrario inyectásemos algo dulce, comienza a beber con mayor velocidad. La frecuencia cardíaca del feto como parámetro de estrés nos da indicadores de su capacidad de reacción ante estímulos externos; de esta forma se explica que la frecuencia cardíaca del feto se altere si es que pusiésemos música con alto volumen o descargásemos un estímulo luminoso en la pared abdominal de su madre. (Lorenz 1999, pp. 19 ff.)

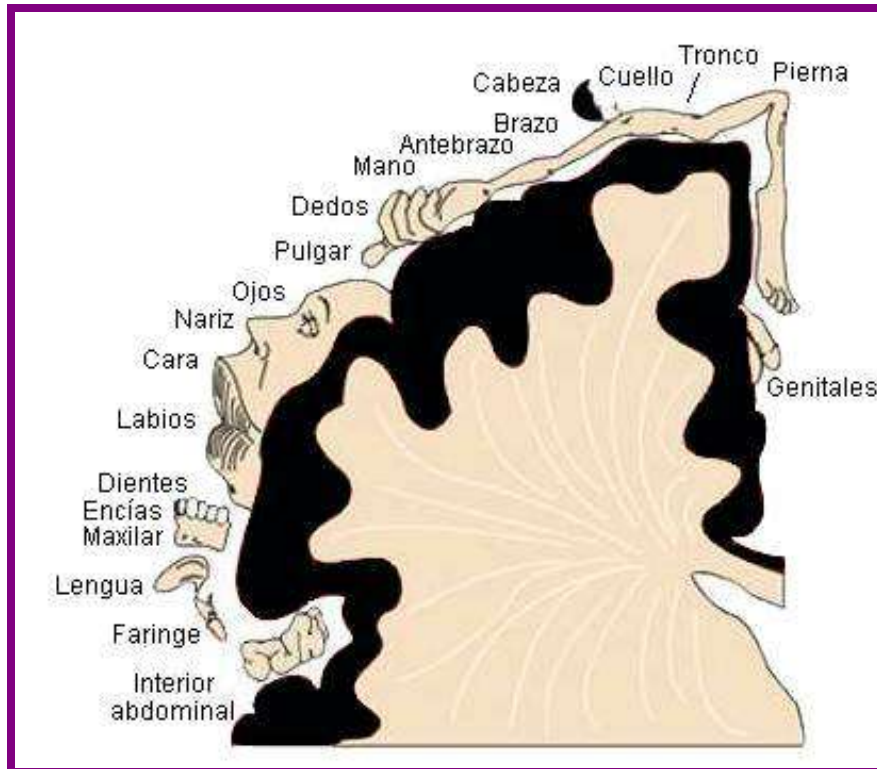
El mundo de percepciones de nuestra existencia antes del nacimiento, ese estado primario de protección absoluta, lo llevamos todos dentro de nosotros mismos como un recuerdo inconsciente, ya sea en forma de la abstracción espiritual o como la nostalgia por el paraíso perdido. Puede ser que esto suene fantasioso, sin embargo hay evidencias y huellas objetivas en el pensamiento que nos hablan de las experiencias más tempranas en el vientre materno.

Las áreas somatosensoriales de la corteza cerebral son conocidas por su distorsión geométrica. Por ejemplo, los labios, en comparación con otras partes del cuerpo, son representados de una forma mucho más fuerte y evidente; pero esto no debe extrañarnos dada la enorme y especial sensibilidad de dicha parte corporal, pues estas representaciones cerebrales siempre se forman dependiendo de los estímulos que reciben. Por tanto, las partes de la piel que son más sensibles necesitan tomar más espacio en representación en la corteza sensorial.

Hay otra observación que nos resulta sorprendente: el espacio que representan las manos y la cara así como el de los pies y los genitales están, en ambos casos, uno al lado del otro. A primera vista esto no tiene nada que ver con la imagen de nuestro cuerpo. El misterio acerca de cómo se pudo dar este desarrollo en la corteza cerebral se devela al ver el útero de una gestante. Allí encontramos al feto recogido, sus manos por lo general tapando su cara, sus pies a la altura de la cadera. Exactamente esa posición se almacena en el cerebro (Ver **FIGURA 1**). De esta forma no sólo se aclara desde lo neurobiológico el fenómeno del “Fetichismo de los pies” (aclaración distinta a la dada por Freud), sino que al mismo tiempo tenemos pruebas de las estructuras más tempranas de la memoria aún antes de

nuestro nacimiento y de que dichas estructuras se forman dependiendo del ambiente ya en el 3. mes de gestación.

FIGURA 1: CORTEZA SOMATOSENSORIAL



PRIMER ESTRÉS

Con la maduración de los otros órganos de la percepción se completa el paso de la memoria primitiva a través de una cadena de estímulos y reacciones, donde a más tardar en el 7. mes de gestación también surgen los primeros brotes de las vías cerebrales, las mismas que participan activamente en la formación de la memoria.

Mucho de lo que hay en la sangre materna pasa a través de la placenta a la circulación del embrión. Los efectos potencialmente nocivos de muchos medicamentos y las drogas han sido muy bien investigados y hoy en día se conocen perfectamente. Pero no hay que olvidar que también las hormonas maternas pasan a la sangre embrional y actúan en su circuito hormonal. Este conocimiento ha hecho que los investigadores logren tener evidencias de cómo por esta vía actúa el estado psíquico materno directamente sobre las estructuras cerebrales de su hijo que están en formación. Vital importancia

tiene al respecto toda forma de permanente estrés, sea este físico o psíquico de la madre. Enfermedades agudas, como infecciones, y tensiones en las relaciones interpersonales, tanto en el trabajo como en todo el entorno de interacción de la madre, también dejan huellas en el feto. El estrés tiene una acción directa sobre las estructuras psíquicas, pues a través del cortisol se activan los genes del comportamiento agresivo; esto hace que el estrés materno tenga una influencia importante en el potencial de agresividad de su hijo a futuro. La vulnerabilidad al estrés, y con ello la predisposición a futuro para frustraciones, se engrana antes del nacimiento sobre la base de las estructuras psíquicas.

Para resumir debemos decir que los contenidos de la memoria del cerebro en desarrollo se producen a través de las primeras percepciones corporales y de las influencias del medio ambiente y se diferencia posteriormente con las interacciones emocionales que pueden surgir tanto de la madre como del embrión. ¿Qué se puede esperar de lo expuesto anteriormente?, ¿que los traumas pre-natales que generan estrés se relacionen en forma causal con la vulnerabilidad a futuro para enfermedades psíquicas y psicósomáticas? Esta temática es hasta ahora totalmente ignorada por la psiquiatría y la medicina psicósomática, pese al avance actual en ambas disciplinas, las mismas que se han centrado más en la búsqueda de las posibles causas y factores genéticos de las enfermedades.

LA VIVENCIA DEL NACIMIENTO

Durante el parto el estado psíquico de la madre también influye sobre el recién nacido. Por eso, cuando la madre está nerviosa y temerosa, el parto dura mucho más y sus contracciones son mucho más dolorosas (Lorenz 1999, pp. 45); esto hace a la vez de que se acumule el estrés y que la madre reciba por lo general medicamentos. Como para esbozar brevemente las nuevas impresiones del niño, hay que decir que al nacer pasa del ambiente protegido y estrecho del útero a un mundo amplio lleno de luz y aire; sin embargo, momentos antes, durante el parto, el cráneo del pequeño es presionado de tal forma por las contracciones del útero materno que los frágiles huesos de su cabeza se superponen unos a otros y el cerebro infantil experimenta el fenómeno del „desplazamiento de la masa cerebral“ (Janus,

pp. 54); si es que esta situación le produce cefalea al niño, es algo que los investigadores todavía tendrían que aclarar. Todo habla al respecto de que la tensión durante el nacimiento es extrema, aún cuando no existiesen complicaciones.

Si consideramos lo mucho que se desarrolla la capacidad de percepción del cerebro del feto durante la gestación, no nos cabe ninguna duda de que el niño no sólo vive de forma intensa el momento del nacimiento, sino que posiblemente tenga fuertes emociones en esa situación; hasta la actualidad faltan datos objetivos al respecto (por ejemplo: mediciones de la circulación sanguínea del niño durante el nacimiento), pero algunas observaciones hablan claramente a favor de esta hipótesis. Algunas descripciones de pacientes en diferentes sesiones de psicoterapia se pueden entender en primera instancia como recuerdos del momento del nacimiento: un paciente que sufrió un ataque de pánico durante un paseo en una butaca suspendida en lo alto en el aire, se sintió “como en un túnel” aunque podía visualizar la llegada a la meta; el miedo que sintió lo describió como “miedo mortal” (Leyh, pp. 187 f). De igual forma reportan personas que han estado bajo la influencia de drogas psicotrópicas como el LSD: *“yo comencé a moverme lentamente a lo largo de un largo túnel...al final del túnel había una luz azul...De pronto todo cambió. Sentí una presión intolerable sobre mi cabeza y mi cuerpo, un dolor torturante...fui empujado desde atrás por una fuerza poderosa, pero fue imposible moverse hacia adelante, en lugar de eso se estrecharon las paredes blandas. Todo estaba quieto. Estaba preso a punto de la asfixia, tan pequeño y tan impotente para luchar contra esa inesperada violencia.....Entonces, de la misma forma inesperada en que todo cesó, el movimiento se reinició.....Comencé a luchar realmente....Repentinamente paró la lucha y salí de mi prisión a un círculo de luz azul clara. La expulsión hacia afuera de la prisión se acompañó de un intenso dolor en mi nuca. Necesitaba aire, estaba extenuado, pero libre”* (Janus, pp. 79).

Los paralelismos entre ese recuerdo del momento del nacimiento y la vivencia siempre descrita de túnel de los moribundos es impresionante. *“Personalmente me aclaro esto de la siguiente manera: debido a la falta de oxígeno en el cerebro durante el momento de la muerte se da una última e*

intensa actividad cerebral, la misma que logra pasar en segundos de lo actual y consciente a las estructuras cerebrales primarias y profundas y como consecuencia encuentra una conexión con el momento del nacimiento y con el regreso a la sensación de paraíso pre-natal. De las investigaciones en demencias es muy bien conocido que la degeneración de los contenidos de la memoria va de adelante para atrás, de manera que la memoria inmediata es la primera que se afecta y los recuerdos más antiguos son los que más tiempo permanecen. Lo pre-natal sería el recuerdo más antiguo y el último en el cerebro moribundo. Por otro lado, la falta de oxígeno en el cerebro (como sucede en el momento de la muerte) se vive también en el momento del nacimiento, de manera que se podría pensar que la falta de oxígeno y los recuerdos del nacimiento se encuentran almacenados en las estructuras cerebrales de forma estrecha uno con otro, y por tanto se activan de forma conjunta. (Cita del autor del capítulo)

RAÍCES PRIMARIAS DE LA AGRESIÓN

Analicemos aquí de forma detallada del posible significado psíquico de las vivencias pre-natales y del nacimiento para dejar claro que el desarrollo del cerebro humano, y por tanto también su Psiquis como lugar de origen de la agresión, es un proceso continuo y bajo ningún concepto comienza luego del nacimiento. Toda delimitación del desarrollo psíquico a una época determinada es insuficiente, ya que en principio todo lo vivido condiciona un correlato psíquico, que se almacena o se desecha. Justamente bajo esa premisa es evidente que el importante período temprano de la formación de nuestra personalidad es olvidado hasta ahora en los discursos científicos.

Una razón para esto se basa en la no visible y mucho menos verbalizable cualidad del contenido almacenado en nuestra memoria, la misma que permanece protegida y profunda en nuestro inconsciente en forma de una percepción corporal desde lo emocional, sin que esté presente como un conocimiento que se pueda expresar y transmitir. Como resultado de este vacío científico se han dividido las teorías acerca de la formación de nuestra Psiquis: por un lado hay una corriente genetista, esencialmente biologista, por el otro una que considera su origen a partir del nacimiento haciendo énfasis en las influencias de los factores ambientales, en lugar de entender el

desarrollo psicológico como un proceso de formación continua y permanente producto de la interacción de los factores biológicos y ambientales.

Ya que toda forma de estrés durante la gestación tiene el potencial de perennizarse en las estructuras cerebrales del feto, debería entenderse lo mismo con respecto al nacimiento, especialmente si hay complicaciones, las mismas que no son poco frecuentes (cálculos aproximados hablan del 10%). Todavía más frecuente es el hecho de que la madre reciba medicamentos durante el parto, cuyas posibles acciones sobre la psiquis del niño aún no han sido lo suficientemente investigadas. Exactamente lo mismo es válido para la cesárea, cuya frecuencia ha aumentado en las últimas décadas en Estados Unidos (25% de los nacimientos) y en Europa se practica de forma masiva.

Basados en los conocimientos actuales, los razonamientos acerca de las consecuencias en la personalidad del niño de las maniobras de ayuda en el parto, independientemente de cuál sea, son seguramente meras especulaciones, pues casi no hay investigaciones al respecto. Sin embargo: ¿por qué no actuaría sobre las estructuras cerebrales del niño un evento que sin duda alguna puede acceder a ambas cualidades de vivencias del cerebro infantil – la sensorial y la emocional? Bajo ningún concepto esto sería obligatoriamente negativo, sin embargo debemos considerar que el dolor y las complicaciones tienen un potencial de traumatización (posiblemente esto también es así en otros procedimientos durante la gestación y parto, tales como el análisis del líquido amniótico o la inducción artificial del parto). Todo trauma se imprime en las estructuras cerebrales como una vivencia frustrante en toda la extensión de la palabra. Toda frustración genera la predisposición de un individuo para la agresión. Traumas tempranos, estrés extremo antes y durante el nacimiento, crean posiblemente las raíces para un potencial de agresividad en el futuro. Tenemos ante nosotros la conexión, hasta ahora no descubierta, entre los argumentos biológicos y ambientales para aclarar la génesis de la agresión.

LA AGRESIÓN SEGÚN LA PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

Un recién nacido ha logrado el cambio de ambiente más importante que tendrá en su vida. Como ya explicamos, bajo ningún concepto comienza recién su vida psíquica y física. En el momento del nacimiento ya existen estructuras cerebrales altamente complejas, las mismas que se han formado a partir de la herencia genética bajo la influencia directa e indirecta (a través de la madre) de factores ambientales. Las huellas del tiempo en el útero materno y durante el nacimiento están sin lugar a dudas almacenadas. Las percepciones sensoriales y categorías emocionales simples (por ejemplo: agradable - desagradable) han formado la memoria temprana. Contenidos visibles de la memoria aparecen algo después, a partir del primer año de vida en forma simbólica sencilla, y con el desarrollo del lenguaje de manera verbal abstracta. Las estructuras cerebrales que se necesitan para ello no están completamente maduras antes de ese tiempo. Por esta razón es que no nos podemos acordar de nuestra primera fase de vida. En esta fase los recuerdos no se encuentran en forma visible o verbalizable, como estamos acostumbrados a pensar los adultos, sino que se encuentran contenidos en percepciones corporales y sensaciones arraigadas de forma inconsciente; esto es lo que hace casi imposible que nos podamos imaginar las vivencias de un lactante.

El recién nacido busca inicialmente en su nuevo entorno un estado de protección parecido al que conoció en el útero materno, sin embargo al poco tiempo se comienza a interesar por su ambiente diferente y comienza a explorarlo. Aunque cada cerebro sólo puede pensar dentro de sus vías ya existentes, es decir es conservador en cuanto a las bases estructurales, necesita al mismo tiempo siempre estímulos externos, posee por tanto una tendencia progresiva hacia la curiosidad.

La primera meta que busca el recién nacido es frecuentemente el pecho y el rostro materno. Niños que apenas tienen 42 minutos de nacidos muchas veces exploran y sospechan gestos faciales que se hacen delante de ellos (Siefer/Weber, pp. 64). Además de las innumerables y hasta ahora desconocidas huellas que se forjan desde el mundo exterior, aparecen también en los pequeños de pronto percepciones desagradables: hambre, sed, calor y frío. Sin lugar a dudas la meta es contrarrestar estas sensaciones,

sea de forma activa (buscando por ejemplo el pecho materno) o –en caso de que esto no resulte- a través del llanto. Las vivencias almacenadas de la etapa intrauterina y del nacimiento tienen influencia en el comportamiento activo en su nuevo entorno al tiempo que él reacciona frente a las nuevas huellas que por su parte se están imprimiendo en su psiquis. ¿Cuántas posibles frustraciones tendrá a futuro?: separaciones, enfermedades, dolores abdominales, malos entendidos, por nombrar algunas. Todas ellas tienen una acción potencial a largo plazo sobre el desarrollo psíquico posterior y especialmente sobre el potencial de agresividad. Dependiendo de las estructuras cerebrales formadas hasta ese momento, de su vulnerabilidad al estrés, de los estímulos desagradables y de la forma en que su madre lo ayude a superar estos problemas, el lactante comienza acumular un repertorio de vivencias desagradables que interioriza.

En la primera fase de la vida luego del nacimiento se trata de satisfacer las demandas básicas existenciales del cuerpo y de las estructuras cerebrales, las mismas que son representadas en la psiquis como necesidades. Los pensamientos y las conductas pueden ser diversas pero todas tienen una meta: ser tomado en cuenta. Si la curiosidad encuentra límites, o aparecen necesidades que no son calmadas, entonces la respuesta es una agresión reactiva. Si es que se quiere conceptualizar dicha agresión separada del sistema motivacional de la exploración curiosa del entorno, es simplemente un problema de definición. Pareciera ser que dicha agresión es parte de ese sistema. Cuando la motivación (exploración o satisfacción de las necesidades) encuentra límites, la agresión ayuda justamente a superar dichos límites.

Por eso no sorprende que muchas de las formas de actuar que tiene el lactante a su disposición, tales como morder, agarrar, halar, etc., no estén ligados a una motivación concreta. Halar el pelo de su madre puede ser, dependiendo del contexto, mera curiosidad por explorar o la reacción al dolor. *Sin tomar en cuenta que para el lactante tal diferenciación no es importante, me parece que todo tipo de manifestación debe ser comprendida desde su inicio como una acción destinada a la preservación de la integridad física y psíquica. La agresión como reacción a estímulos desagradables tanto internos como externos sirve para superar dichos*

estímulos y es, de esa manera, parte de la construcción de la vida y no su contraparte (cita del autor).

PRIMERA IRA

¿Puede un recién nacido sentir ira? Los expertos difieren en su respuesta pero sin dar argumentos para sus conclusiones. Pero si recordamos lo que han arrojado las investigaciones del cerebro y las observaciones de los fetos sobre del desarrollo de las estructuras emocionales de los recién nacidos, podríamos decir que hay ciertos datos que darían una respuesta positiva a la interrogante planteada. A la misma conclusión se llega si consideramos que las emociones se transmiten casi de forma automática de una persona a otra a través de procesos que se dan de forma inconsciente. De forma intuitiva tenemos sentimientos fuertes hacia nuestro entorno tales como irritabilidad o duelo. Las responsables de esto son las denominadas *células espejo*.

En los cerebros de los monos se ha encontrado cosas realmente revolucionarias: neuronas solitarias que son responsables de acciones completas. Si un mono agarra un maní, la responsable de esta acción es una neurona específica. Sin embargo esa neurona responsable de dicho proceso también se excita en el caso de que el mono sólo vea que otro mono agarra un maní (Bauer 2005, pp. 21 ff.); su cerebro se comporta de tal manera como que si él mismo fuese el que está realizando dicha acción.

En los humanos sucede exactamente igual, inclusive se ha podido demostrar que el solo hecho de imaginar una acción determinada es suficiente para activar la neurona característica de dicha acción; posiblemente en los monos también se de esta situación, pero es muy difícil saber qué es lo que ellos imaginan.

Este fascinante y sencillo mecanismo de espejo se desencadena a través de aspectos parciales de una acción, siguiendo su curso de forma involuntaria en los momentos que observamos a otros. Así por ejemplo seguimos inconscientemente la mirada de otra persona cuando ella está mirando atentamente algo, o bostezamos cuando el que está frente a nosotros lo hace, o nos dejamos contagiar de la risa de otros. Sobre todo podemos “compartir” sentimientos, lo que llega incluso a conseguir, por ejemplo, que la compasión pueda realmente calmar el sufrimiento de otros, también

podemos sentir la ira de alguien que está frente a nosotros sin que esa persona hubiese dicho siquiera una palabra. Es muy importante el hecho de que el sistema óptico de nuestro cerebro, que es el responsable para esas percepciones, puede diferenciar claramente entre actores vivos e inertes (Bauer 2005, pp. 54 ff.); esta es la razón por la que hasta ahora ningún robot, por más inteligente que sea, puede remplazar a una persona de relación para nosotros, o por la que para aprender necesitamos a alguien que nos enseñe. El hecho de que siempre se dé un intercambio de percepciones de unos a otros hace que un lactante aprenda de su madre, cuando ella está junto a él. Ella le permite al niño, en el curso de su desarrollo, una verdadera “reparación” de sus sentimientos, que al inicio son extremadamente intensos.

Pero cuando una madre al ver a su pequeño llorando siente que se genera en ella ira hacia él, esto no es sólo el resultado de su frustración por una situación desbordante para ella, sino también su reacción inconsciente frente a la ira de su hijo (así como frente a la indefensión de él). Muy rápidamente se puede generar un círculo vicioso de ira de ambas partes, el mismo que se agudiza porque el lactante no puede relativizar sus sentimientos. De esta forma se pueden explicar las trágicas exacerbaciones en que los padres en un ataque de agresión maltratan a sus pequeños, llegando incluso en ocasiones a causarles daños letales, lo que no significa bajo ningún concepto que en esos padres el control de la agresión está en un rango de normalidad. Lo esencial para comprender la ira primaria del lactante es entender por qué actúa así. Su meta es cambiar una sensación corporal que le resulta insoportable (bajo ningún concepto es reprochar a su madre y tildarla de incapaz). Su ira se calma si se desecha la fuente de frustración o, si es que esto no se puede, si es que se logra regresarlo a un estado que le recuerde la protección en la fase intrauterina, por ejemplo cuando su madre lo acerca a su pecho; pero también se han conseguido resultados positivos de calmar el llanto de un lactante cuando se le hace oír una grabación de los latidos del corazón de su madre o se le da un baño con agua tibia (Lorenz 1999, pp. 21 ff.).

CUANDO LOS INVESTIGADORES IRRITAN A NIÑOS PEQUEÑOS

Ya a las pocas semanas del nacimiento se pueden diferenciar imágenes. Los investigadores han podido identificar verdadera ira en lactantes de dos meses de nacido con base a expresiones mímicas nuevas. En el experimento realizado se les amarró a los pequeños cordones finos en sus brazos, los mismos que si se halaban les mostraba a los pequeños la imagen de un niño sonriente que escuchaba una melodía infantil. Los niños entendieron rápidamente la relación entre halar los cordones y conseguir ver la imagen y oír la melodía, de manera que comenzaron a halar con muchísima fuerza los cordones para ellos, por su propia cuenta, lograr ver la cara del niño sonriente y oír la música. Pero ahí comenzó el verdadero experimento: los investigadores quitaron la imagen del niño sonriente y la música, de manera que aunque los pequeños halasen los cordones no sucedía nada interesante y agradable para ellos. Los niños se irritaron y halaron con más fuerza aún (Dornes, pp. 260). Las consecuencias de esta observación no son nada despreciables:

- 1.- La irritabilidad es una forma de reacción ante la frustración; la Teoría de Frustración – Agresión se confirma en este experimento.
- 2.- Algo hasta ahora no tomado en cuenta: la irritabilidad se ratifica como la fuerza con cuya ayuda se intenta aplacar la frustración o, en general, superar los obstáculos. De esa forma se entiende que la intención primaria de la irritabilidad es constructiva y no destructiva!
- 3.- En otra etapa del experimento se dejaron a un lado los cordones. Tanto la imagen como la melodía se les ofrecieron a los pequeños sin que ellos mismos puedan influir en la aparición de estas situaciones agradables. En este caso aparecieron los signos de irritabilidad por la no aparición de la imagen y el sonido recién cuando los pequeños tenían 4 meses de nacidos (Dornes, pp. 261). Con esto se demostró que para los pequeños es mucho más importante la demostración de su propia poder de acción (es decir su capacidad para influir sobre algo determinado) que el obtener una recompensa por ello.

“Esa necesidad básica de poder actuar sobre algo, lo considero como el elemento central por excelencia para entender la agresión humana. Si una

persona tiene la sensación de que algo o alguien quieren quitarle su poder de acción, reacciona claramente agresivo. Los seres humanos podemos resignarnos más rápido a no poder superar obstáculos que a la sensación de que nos quieren robar nuestra capacidad de influencia. De la misma forma en que nuestro cuerpo aspira a sobrevivir y permanecer, de esa misma manera se estabiliza nuestro equilibrio psíquico con la experiencia de tener capacidad de influir sobre algo determinado. Considero esto como la experiencia central (narcisista) de la autoafirmación de los seres humanos. La capacidad de influir sobre alguna o algunas situaciones es la que nos lleva a llegar hasta el límite de nuestras posibilidades en la ciencia, la cultura, el deporte, etc. ¿Acaso los “hombres bombas” que se automutilan en los atentados no tratan de demostrar que pueden conseguir algo aún cuando esto les cueste la vida?” (Cita del autor).

Pero sigamos con lo que hablábamos de los lactantes. ¿Cómo reaccionan ellos ante la frustración cuando la irritabilidad no consigue el resultado esperado y cuando sus personas de relación no son capaces de entender sus sentimientos? En estos casos los pequeños se retraen con los ojos llenos de lágrimas y con una respiración similar a cuando duermen, pareciendo que entran en un letargo. “Mientras Dornes (el investigador de los lactantes) concluye con esa conducta de los pequeños que “el exceso de fracaso no conduce automáticamente hacia la irritabilidad y la maldad” (Dornes, pp. 262), yo tengo más bien la impresión de que esos lactantes de dos meses de nacidos ya pueden desarrollar síntomas depresivos. Los paralelismos con las depresiones adultas me parecen clarísimos. Ya que yo, en comunión con los conceptos psicoanalíticos, entiendo las depresiones sobre todo como una expresión de agresiones dirigidas hacia sí mismo, me aclararía la depresión de los lactantes como una reacción autoagresiva ante la situación de frustración vivida. La irritabilidad no apunta más hacia el exterior, pues resulta sin efecto, sino que permanece casi ahogada en el interior de dichos pequeños y los lleva a una pasividad paralizante” (cita del autor).

Las diferencias individuales en las expresiones de agresividad son consecuencia de las estructuras cerebrales que tiene cada persona, las mismas que desde el comienzo se forman por la interacción entre las bases

genéticas y la influencia de los estímulos externos. *“Hay una pregunta apasionante y que aún está sin respuesta: ¿reforzarían estos estados tempranos similares a la depresión la tendencia a las depresiones en la vida adulta?, yo lo considero posible y aceptable, ya que dichos estados previos se almacenan en el cerebro de cada ser humano”* (cita del autor).

PRIMER SIGNIFICADO DEL „OTRO“

Hay otra observación esclarecedora por parte de los especialistas en irritabilidad de niños pequeños. Stenberg experimento el quitarles sistemáticamente la galleta que estaban comiendo en ese preciso momento niños de siete meses de nacidos. Ellos también reaccionaron con ira y su irritabilidad aumentó con el número de las veces en que esto sucedió (nuevamente un indicador de las huellas que dejan las vivencias en las estructuras cerebrales). Lo interesante fue otra cosa: los niños reaccionaron con más ira cuando fue su propia madre (y no alguien desconocido) la persona que les quitaba la galleta.

Eso no sólo demuestra que ya desde esas edades tempranas los lactantes pueden diferenciar a las personas, es decir tener un arraigo interno de sus primeras personas de relación, sino que también demuestra que importante son estas personas como posibles desencadenantes de ira y por consecuencia para la interiorización de la misma.

Con la constante ampliación de su radio de acción y movimiento, los pequeños a los nueve meses de nacidos aplican su potencial de ira no sólo de forma reactiva. Pegan, patean, arañan, empujan y quitan los juguetes a otros. Al inicio no tienen la intención de causarle dolor al otro, pero luego entienden también que esto puede ser así. Esto se muestra, por una parte, en la forma en que ellos aprenden a aplicar “acciones de reemplazo” (el niño golpea un juguete en lugar de golpear a su madre, y más bien le sonrío a ella durante esta acción) y por otra, en el hecho de que los niños de casi un año comienzan a quitarles intencionalmente sus cosas a otros. La agresión así se va tornando cada vez más en un instrumento para la vivencia activa de aplicar su propio poder de acción en las relaciones con los demás, y de esta manera se percibe como agradable. Estas ganas de agredir se originan de

forma primaria de la experiencia de actuar e influir sobre otros y no del impulso sádico de torturar a los demás.

PRIMEROS LÍMITES

El probar constantemente el poder de acción se va a topar temprano o tarde con los límites de lo que es posible y permitido. Y es recién en este momento en que se va a ver con claridad el espectro completo de las habilidades propias. Con cada acción estará presente a partir de ese momento la pregunta: ¿qué tan lejos puedo llegar?

Uno de los grandes triunfos en etapas tempranas de la vida, el caminar erguido, también trae una serie de frustraciones: “esto no lo debes hacer”, „déjalo así“, etc. Las experiencias frustrantes son inevitables para el reconocimiento de las propias posibilidades y van a desencadenar generalmente como consecuencia una irritabilidad imposible de frenar.

PRIMERAS FANTASÍAS

Casi al mismo tiempo en que se amplía el campo de acción de un niño cuando ya puede caminar, aparece en el pensamiento la capacidad de simbolizar. En la parte interna psíquica no sólo se reacciona frente a las percepciones actuales, sino que las fantasías que se afirman en las estructuras cerebrales hacen que todo lo vivido (y por tanto también las experiencias frustrantes) sean psíquicamente activas de forma potencial más allá de la situación concreta que se vive. Junto con otros modelos duraderos de pensamiento se entabla de esta manera un potencial estable de agresión, el mismo que, sin motivo externo, se activa, pero que, sin embargo, en un sentido más amplio se genera de forma reactiva.

Nuestro pensamiento y accionar está bajo la influencia de las fantasías condensadas de nuestras vivencias almacenadas hasta el momento. Las aspiraciones de nuestras fantasías determinan nuestras acciones: si el cartero toca a la puerta y lo que se espera son cuentas y documentos de deudas, seguramente no se le abre la puerta; si por el contrario se espera una carta de amor, entonces se está impaciente en la ventana esperando por su llegada.

Otro ejemplo: si alguna vez alguien ha sido mordido por un perro, entonces esa persona tendrá miedo de los perros. De esta forma puede darse una

espiral muy significativa: esa persona se comportará miedosa frente a los perros, lo que a su vez hace que ellos lo sientan y reaccionen agresivos ante dicha persona; las expectativas fantasiosas de esa persona debidas a vivencias previas se confirman de esta forma con su propia colaboración!

En el área interpersonal esto funciona claramente: si alguien espera que su jefe lo critique por todo y que finalmente lo bote del trabajo, lógicamente esa persona le parecerá a su jefe algo „extraño“ en su accionar pues ve que su empleado se esconde, camina de un lado a otro como que hubiese hecho algo malo. Y dicho y hecho: en algún momento dicho empleado comete un error. A partir de ese momento el empleado comienza a tener una actitud defensiva y termina teniendo una seria discusión con su jefe. Entonces el afectado se dice a sí mismo: „yo ya sabía que esto iba a pasar“. Acaso esto no es lo que sucede muchas veces en las peleas de pareja????

Si alguien es lastimado (sea física o psíquicamente), se espera, que eso vuelva a suceder lo que hace que de entrada se adquiera una actitud defensiva sea evitativa o confrontativa. Dicho de otra manera, las expectativas fantasiosas de esa persona la seducen a comportarse de tal forma que provoca que los demás actúen de la manera en que se temía y previamente se presentía.

ACERCA DE LOS NIÑOS Y LOS PERROS

Se hablará nuevamente del origen del comportamiento agresivo. Después de las primeras experiencias de relación con la madre, el padre y otras personas que han cargado en sus brazos a un pequeño, el niño se encontrará tarde o temprano al explorar su entorno con niños de su misma edad, con los que no podrá evitar los conflictos. Según la literatura, estos conflictos se originan, por lo general, por la pertenencia de los juguetes (Dornes, pp. 268). En efecto: se empuja, se patea, se rompe para decidir quién tiene el juguete.

“Hace dos años en mi casa por la noche, mi hija mayor de 5 años apareció con un ratoncito de peluche en los brazos, el mismo que hacía semanas nadie tomaba en cuenta en la casa; en ese momento mi hija menor quiso que le dieran a ella el ratoncito. Comenzaron los gritos y el llanto: „No te lo doy“, „Yo lo quiero“. Dada la diferencia de edad, la más pequeña de dos años y medio no tenía ningún chance, hasta el momento en que mordió a la

hermana mayor que se puso a llorar dejando caer el ratoncito, la menor lo recogió inmediatamente. Cuando mi esposa y yo le dijimos a la pequeña que no le permitíamos tal comportamiento, le lanzó el ratoncito a su hermana mayor pero con una mirada de triunfo” (cita del autor).

Esta escena transmite claramente que en las peleas de los niños pequeños no se trata tanto de adueñarse del juguete sino de podérselo quitar al otro. El interés en el objeto desaparece en cuanto éste se ha tomado. El despojo agresivo sirve nuevamente como demostración del poder de acción propio. Una persona puede tomar lo que quiera o puede conseguir el recibir eso que quiere si es que muerde, se queja con la mamá, llama al hermano mayor para que lo ayude, etc. La fuerza que motiva a estas acciones es la vivencia de la capacidad de influencia de la propia persona y no el deseo de tener algo.

Como valor agregado a su función de evitar decepciones, la agresión primaria se afianza sobre todo como un vehículo para vivir el propio poder de acción. Es por ello que no sorprende que esa agresión resulte agradable, lo que hasta ahora había sido erróneamente interpretado como una mezcla perversa. *“Mi hija, que de pequeña le halaba con gusto la cola al perro, no lo hacía para tener la cola sino para demostrarse a sí misma que podía agarrar dicha cola y halar y posiblemente también dominar al can e irritarlo. Aquí se podría ya estar hablando de la vivencia del poder” (cita del autor).* Hay que imaginar el caso extremo de que una persona en su entorno primario no encuentra ninguna otra forma de autoafirmarse y de sentir placer que a través de juegos agresivos de poder; ¿sorprende entonces la posibilidad de que de esta forma se desarrolle un „Hombre – Bestia“ con actitudes sádicas???? (Müller, 2006).

PRIMERAS AGRESIONES DESTRUCTIVAS

Al inicio se ganan las vivencias únicamente de las acciones, es decir que la capacidad de influencia sólo se puede sentir a través de hechos concretos de los cuales se derivan sentimientos como alegría e ira. Con el progreso de la capacidad de poder simbolizar (a los 5 años de edad aproximadamente), normalmente se puede manifestar la agresión también en palabras y reaccionar de forma verbal.

Experimentos han demostrado que ya a los 6 años de edad la dimensión de la agresión interiorizada está determinada de forma estable y es muy difícil de modificar! (Dornes, pp. 269). Esto puede sonar impactante, sin embargo ya para esta etapa de la vida la posibilidad de influir sobre formas destructivas de agresión tiene límites estrechos. Por otro lado esto no es una sorpresa pues a esa edad la formación de las estructuras cerebrales en su diseño básico está casi concluida.

El factor central que influye sobre qué tan marcado es el potencial de agresión que se interioriza es la calidad de las relaciones tempranas y esto ha sido ampliamente demostrado. En la conducta de apego de los niños de un año se puede predecir con claridad su potencial de ira y su tendencia a conductas agresivas en etapas posteriores (Dornes, pp. 273). Para demostrar esto fue necesario un experimento sencillo: la denominada „situación extraña“, experimento que se desarrolló a finales de los años sesenta (Strauss, pp. 150): Los niños son llevados por sus madres a una habitación con juguetes y dejados allí solos. Esto se repite varias veces. Como resultado se encontró 4 tipos diferentes de reacción ante la partida de la madre, las que fueron denominadas de acuerdo a la calidad de la relación entre madre e hijo y que se clasificaron de acuerdo al grado de posibles agresiones a futuro:

1.- *Los niños con apego seguro*: se irritaron y estresaron con la ausencia de la madre pudiendo expresarlo claramente, sin embargo se tranquilizaron rápidamente con el regreso de su madre y siguieron jugando („con mi ira logro que mi mamá regrese cuando la necesito, puedo confiar en ello“)

2. y 3. – ambos grupos de niños con apego inseguro:

Los evitativos: ignoraron la partida y regreso de su madre („No necesito a mi madre para nada. Yo no puedo influir en lo que ella hace“).

Los ambivalentes: reaccionaron, por el contrario, con ira y miedo exagerado y fue muy difícil que la madre los pudiese calmar („Tengo miedo de perder a mamá cuando ella no está, pues no puedo confiarme de que ella regresará“).

4. *El grupo de los niños descritos como desorganizados*: su conducta fue realmente contradictoria; la situación de separación los desbordó y no tenían ninguna estrategia de acción. Aún cuando la madre regresó no estuvieron en

condiciones de acercarse a ella ni de seguir jugando („Yo no sé qué debo hacer cuando mi mamá no está. No tengo ninguna seguridad de que regresará y si lo hace, tampoco sé si me ama“).

La diferencia principal entre el grupo de los niños con apego seguro y los diferentes grupos de niños con apego inseguro no se encuentra en la presencia o ausencia de irritabilidad sino en si dicha irritabilidad se puede aplicar de manera funcional o no.

Como se ha visto, las dos tareas principales de la ira son: cambiar una situación desagradable y vivir el propio poder de influencia. Entre menos se aprende en la relación con la madre a aplicar la ira que se produce a favor de los propios intereses, es decir a utilizarla de forma constructiva y determinada, mayor es el potencial de agresión contenida y disfuncional. Al mismo tiempo aquí también se pone en funcionamiento el círculo fatal de las „fantasías propias“. Como se ha podido mostrar en videos, los niños agresivos tienden interiormente a interpretar agresión en ciertas situaciones; como consecuencia actúan frecuentemente agresivos y lógicamente desencadenan reacciones en contra de esto en los demás. De esta forma ellos confirman su punto de vista, que a la vez se fortalece.

IRA Y APEGO

Todos conocen esta escena: un centro comercial poco ventilado y repleto de gente y una madre desesperada con su pequeño hijo que justamente en ese momento realiza un ataque de ira como en los libros de texto, porque él quiere que le compren un lindo juguete. ¿Tiene alguna función ese ataque de ira?, y si la tiene, ¿cuál? La situación es desagradable para la madre; sin querer despierta la atención del entorno. Algunas señoras mayores fruncen el ceño („Algo así no se daba en nuestros tiempos“). Algunos padres reaccionan comprensivos, otros utilizan la escena para mostrarles como ejemplo lo feo de la situación a sus propios hijos. La madre confundida no atina a reaccionar. De alguna manera se le debe ocurrir una estrategia entre ceder y reaccionar igual de iracunda, la que, dada la intensidad de los sentimientos es más intuitiva que deliberada, es decir más bien producto de sus experiencia previas interiorizadas. El pequeño aprenderá de su reacción.

Si la madre cede, él llegará a la conclusión de que él puede conseguir todo lo que quiera de ella. Si este modelo de conducta se repite y se fortalece, la situación se vuelve en algún momento difícil. Es decir, el pequeño percibe que su ira puede producir algo, sin embargo eso no es una verdadera prueba a largo plazo de su propio poder de acción, pues la mamá termina diciendo siempre „sí“. Cuando se presentan temprano o tarde otras frustraciones cotidianas falta la experiencia de cómo se pueden manejar esas situaciones.

Más similar a la vida cotidiana es si la madre de vez en cuando accede, pero en la mayoría de las situaciones puede permanecer consecuente. Quizá consuela a su pequeño diciéndole que después se lo comprará y efectivamente cumple su promesa en otra ocasión. Es decir que ella no se deja manipular completamente y, sin embargo, la ira de su hijo consigue por lo menos ocasionalmente imponerse. El consigue de vez en cuando alcanzar su meta, aún cuando ello no es siempre así. En los casos en que efectivamente consigue lo que quiere, él consigue reafirmar su poder de influencia de una manera convincente. El intento de aplicar su ira de forma funcional valió la pena. De esta forma se comportan los niños con apego seguro en los test de „Situación extraña“. Primero se molestan, luego se alegran de su éxito y, finalmente, pueden volver a su rutina de juego. El modelo básico de la conducta materna confiable pero no manipulable es de esa forma la base para la aplicación funcional de la agresión del niño.

La madre en el centro comercial podría permanecer pasiva e ignorar la conducta de su hijo. Ella podría irse y dejar a su pequeño iracundo un tiempo sólo. Podría también gritarle de forma histérica al niño, el mismo que reaccionaría por su parte con una ira totalmente regresiva y generalizada o claudica porque reconoce la falta de sentido de su intento y porque sabe que hay el peligro de consecuencias desagradables. Su experiencia principal radica en el hecho de que con su ira no puede conseguir nada. Como consecuencia de esto podría pasar que él en algún momento no demande nunca más nada o que, por el contrario, justamente provoque un enfrentamiento tras otro. Ambos son los extremos que se pueden observar en los niños con apego inseguro.

Como última posibilidad „fatal“ de reacción, la madre comienza a golpear y a maltratar a su hijo. El pequeño no puede procesar emocionalmente la ira y

desesperación que siente durante la vivencia de dicho trauma, pues su psiquis aísla automáticamente esa experiencia, es decir la separa de lo que han sido sus vivencias hasta ese momento. Se produce una sensación de desvanecimiento, lo que equivaldría a una verdadera negación de la experiencia durante el maltrato, de manera que no es raro que posteriormente en la vida no exista ningún recuerdo consciente de la situación. La carencia de estrategias de acción de los niños descritos como desorganizados en el experimento de separación se asemeja mucho a este tipo de reacción. Posiblemente se podrían encontrar coincidentemente en ellos una que otra experiencia traumática como causa.

Cualquiera que sea la forma como manejen los padres las agresiones tempranas de su hijo, la interacción entre ambos se asienta en las estructuras cerebrales del niño y su accionar futuro se dará sobre la base de ese esquema interiorizado. El potencial de ira como fuerza para superar las frustraciones y para reafirmar el poder propio de influencia se construye sobre la base de esa relación temprana y se desarrolla ampliamente hacia un modelo inconsciente de agresión como parte de la identidad propia.

Ya que todas las experiencias posteriores se construyen sobre la base de las anteriores y dado que las estructuras principales del cerebro se forman hasta el sexto año de vida, no sorprende el hecho de que las formas tempranas de agresión y los modelos de apego de los primeros años de vida se conserven también en la edad adulta. En experimentos posteriores años después del test de la „Situación extraña“ especialmente en los niños desorganizados así como también en los que presentaban un apego inseguro se encontró un claro aumento en la tendencia de agresiones destructivas en comparación con los niños que mostraron un modelo de apego seguro. Es más, se podría incluso identificar un verdadero grupo de alto riesgo que llegaría a desarrollar posteriormente agresiones destructivas: la combinación entre los niños desorganizados y los de un apego evitativo (Dornes, pp. 275). En ellos se acentuó la tendencia de interpretar en forma agresiva su entorno en situaciones de duda.

La comprensión de estas relaciones abre la importantísima posibilidad de estrategias para poder prevenir a largo plazo la aparición de una agresión patológica severa.

Hay un último y nuevo conocimiento de los experimentos del apego que es de muchísimo significado: los modelos de apego se transmiten de una generación a otra. Se ha demostrado que el tener un modelo de apego seguro o inseguro tiene una enorme concordancia entre padres e hijos (Strauss, pp. 152), lo que no debe sorprender luego de todo lo expuesto. De igual manera se ha documentado la transmisión transgeneracional de experiencias traumáticas (Bühning, pp. 637), actualmente se habla incluso de transmisión hasta la tercera generación (Fonagy en una conferencia del 08 de Julio del 2006). La interdependencia psíquica del trauma, como una terrible situación de estrés, y la agresión es extremadamente estrecha. Se puede deducir entonces que el comportamiento agresivo, especialmente las agresiones destructivas, se transmiten automáticamente a la siguiente generación en un círculo vicioso que siempre se topa con algo nuevo hasta que se pueda romper ese esquema fatal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bauer J. Warum ich fühle, was du fühlst, Hamburg (Hoffmann und Campe) 2005
2. Bühning B. Psychotherapie von Folteropfern, in: Ahrens, S./Schneider, W.: Lehrbuch der psychosomatischen Medizin, Stuttgart (Schattauer) 2002
3. Dornes M. Die frühe Kindheit, Frankfurt am Main (Fischer) 1997
4. Janus L. Wie die Seele entsteht, München (DTV) 1993
5. Leyh C. in: Janus, L./Haibach, S.: Seelisches Erleben vor und während der Geburt, Neu-Isenburg (LinguaMed) 1997
6. Lorenz S. Wie das Seelenleben des Kindes schon im Mutterleib geformt wird, Berlin (Verlag für Wissenschaft und Bildung) 1999
7. Müller T. Bestie Mensch, Reinbek bei Hamburg (Rowohlt Taschenbuch Verlag) 2006

8. Siefer W, Weber C. Ich – Wie wir uns selbst erfinden, Frankfurt (Campus) 2006
9. Strauß B. Die Bedeutung der Bindungstheorie und -forschung für die Psychotherapie, in: Ahrens, S./Schneider, W.: Lehrbuch der psychosomatischen Medizin, Stuttgart (Schattauer) 2002

CAPÍTULO 3

DESARROLLO EMOCIONAL Y PSICOLÓGICO NORMAL DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

EL DESARROLLO PSICOLÓGICO Y EMOCIONAL EN LA INFANCIA Y ETAPA ESCOLAR

DR. YOVER LAPO I.

El desarrollo psicológico del niño ha creado y continua creando expectativas que no siempre han logrado explicarse en el pensamiento de los adultos; más aún cuando éste desarrollo alcanza o supera los límites de aquello que *“las sociedades han dogmatizado como normal”*. De aquí, que no solo quienes tenemos la oportunidad de ser padres de familia, sino todos, diariamente nos preguntamos qué va a suceder con el desarrollo de las mentes de nuestros niños y adolescentes en un mundo globalizado -más allá de la tecnología- por factores o situaciones crecientes y agravantes como la migración y desestructuración familiar, economías inestables, desempleo, violencia, guerras, catástrofes naturales, etc...que de una u otra manera influyen en el desarrollo psicomotriz.

Ante esta realidad, cabe una pregunta: **¿Continúa siendo normal lo que antes considerábamos normal? ¿Actualmente cuáles son sus fronteras?** Hablando del desarrollo emocional y conductual todos conocemos la sensibilidad y moldeabilidad a la que esta estamos sometidos los seres humanos y, en especial al inicio de nuestro desarrollo.

También es importante considerar otros factores que siempre han estado presentes, son así las diferencias culturales, académicas, étnicas, de género...

El estado emocional y la personalidad de los progenitores influyen desde antes del nacimiento del nuevo ser. Situaciones como el ser o no un embarazo deseado o rechazado, las frustraciones o gratificaciones que éste produce en los padres, la presencia de cuadros depresivos y/o psicóticos durante la gestación, madres víctimas de maltratos o violencia intrafamiliar, son factores que determinan la relación con los hijos y consecuentemente el desarrollo de la psiquis de los últimos.

Si bien el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios marcan de manera importante el desarrollo psicológico en la adolescencia, no podemos dejar de anotar que en la infancia los cambios corporales van más allá del incremento de la estatura de los niños y niñas, por factores como su vitalidad y energía, su capacidad física para el juego y aprendizaje e incluso para la creación de empatía con sus pares, es decir lo corporal se convierte en el instrumento para la expresión objetiva de lo psicológico.

En las primeras semanas de vida el niño busca satisfacer sus necesidades básicas a través del contacto con la madre, lo cual favorece su desarrollo mental. Freedman nos dice que los recién nacidos que son separados de su madre presentan un atraso en su desarrollo psicológico.

El conjunto de estos factores dan las primeras pinceladas en el desarrollo de estos *“pequeños hombres”* con personalidad, temperamento, valores e identidad propios, que le dan una capacidad diferente de relacionarse con los familiares, pares y la comunidad.

Respecto al desarrollo psíquico existen varias teorías como las de Piaget, Freud, Erikson y la de Vygotsky.

Freud describe la secuencia de maduración esperada en la trayectoria de los niños hacia la edad adulta, con varias etapas: oral (0-24 meses), anal (2-3 años), fálica (3-5 años) y de latencia (5-11 años).

Piaget (**CUADRO 1**) hace referencia a las etapas sensorio motora (0-2 años), pre operacional (2-6 o 7 años) y, operacional concreta (6 o 7-11 años).

La primera etapa, de *inteligencia sensomotriz*, en la que pasa de los movimientos reflejos al comportamiento coordinado y no tiene capacidad para formar ideas.

La segunda etapa, del *pensamiento pre operacional*, forma y maneja símbolos pero no opera lógicamente con ellos.

En la tercera etapa, *de las operaciones intelectuales concretas*, maneja las operaciones lógicas esenciales, llamada así por los procesos mentales basados en las reglas de la lógica, pero solo cuando se hace a objetos concretos.

TEORÍA DEL DESARROLLO DE JEAN PIAGET (EPISTEMOLOGÍA GENÉTICA)			
EDAD	ETAPA	CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES	PRINCIPALES ADQUISICIONES
INFANCIA (0-2 AÑOS)	SENSORIO-MOTOR	AQUÍ Y AHORA Pensamiento confinado a esquemas de acción. El niño utiliza los sentidos y las habilidades motoras para entender el mundo. El aprendizaje es activo; no hay pensamiento conceptual o reflexivo	El niño aprende que un objeto todavía existe cuando no está a la vista (<i>permanencia del objeto</i>) y empieza a pensar utilizando acciones mentales
PREESCOLAR (2-6/7 AÑOS)	PRE OPERACIONAL	PENSAMIENTO SIMBÓLICO Pensamiento representativo Pensamiento intuitivo, no lógico El niño utiliza el <i>pensamiento simbólico</i> que incluye el lenguaje, para entender el mundo. El pensamiento es egocéntrico, y eso hace que el niño entienda al mundo sólo desde su propia perspectiva	La imaginación florece y el lenguaje se convierte en un medio importante de autoexpresión y de influencia de otros
NIÑEZ (6/7-11 AÑOS)	OPERACIONAL CONCRETO	OPERACIONES MENTALES Pensamiento lógico y sistemático, pero sólo en relación con objetos concretos El niño entiende y aplica operaciones o principios lógicos para interpretar las experiencias en forma objetiva y racional Su pensamiento se encuentra limitado por lo que puede ver, oír, tocar y experimentar personalmente	Al aplicar capacidades lógicas, los niños aprenden a comprender los conceptos de conservación, número, clasificación y muchas otras ideas científicas
ADOLESCENCIA Y MADUREZ (11-SS)	OPERACIONAL FORMAL	PENSAMIENTO HIPOTÉTICO-DED. Pensamiento lógico y abstracto El adolescente y el adulto son capaces de pensar acerca de abstracciones y conceptos hipotéticos y razonar en forma analítica y no sólo emocionalmente. Pueden incluso pensar en forma lógica ante hechos que nunca experimentaron	La ética, la política y los temas sociales y morales se hacen más interesantes a medida que el adolescente y el adulto son capaces de desarrollar un enfoque más amplio y más teórico de la experiencia

CUADRO 1: Psicología del desarrollo. Área Psicología, Profesora UCLM: Belén Jiménez Alonso

El **desarrollo moral** en el niño no deja de ser un proceso de vital relevancia, en el que más allá de permitirle elaborar juicios de lo bueno y lo malo, adquiere valores que en conjunto le permitirán de manera objetiva saber que una conducta es buena o mala. Pero también existe otra concepción que se refiere al desarrollo moral como un proceso de interiorización de normas y prohibiciones socialmente sancionadas, en el cual el niño va aprendiendo con sus conductas y la respuesta de aprobación/premiación o desaprobación/sanción que reciba por parte de la sociedad, es decir hay un aprendizaje social, el mismo que va a variar en los diferentes ecosistemas en los cuales se desarrolla el niño.

El **desarrollo del lenguaje** es exclusivamente humano y, en el desarrollo del niño es de gran notoriedad. Empieza como un organismo vocal pero no verbal, que en el curso de la vida es capaz de comprender las órdenes verbales que se le dan, cuando él mismo no es capaz de hablar, hasta que logra desarrollar un lenguaje hablado. Éste proceso tiene dos componentes: el receptivo (escuchar) y el expresivo (hablar). En la niñez intermedia sus habilidades en el lenguaje les permiten entender e interpretar mejor las comunicaciones y a su vez, hacerse entender.

La etapa escolar favorece el desarrollo intelectual del niño estimulando su deseo de aprender, para lo cual la lectura y escritura (lenguaje) son herramientas esenciales. Estas herramientas (lenguaje) le van a permitir al niño expresar cada vez mejor sus emociones y sentimientos, favorecido esto por el acercamiento y la apertura a otras personas, especialmente a los de su edad.

El egocentrismo de las primeras etapas del desarrollo va desapareciendo progresivamente al entrar en contacto con los demás, pero al llegar a la etapa escolar la ***aceptación del otro*** choca con su omnipotencia de sus épocas iniciales porque tiene que aceptar que sus semejantes tienen otros deseos y necesidades que no siempre coinciden con las suyas. Hay una lucha entre el deseo de autoafirmarse y el tener que aceptar la autoafirmación de los otros.

El ***autoconcepto*** en los seres humanos es un proceso continuo durante toda la vida. En la infancia se van adquiriendo conceptos más realistas de sí mismos, desarrollándose la autoestima, la autoevaluación. Erikson (1968),

describe ocho estadios del desarrollo que implican, cada uno de ellos, tensiones y conflictos, que el sujeto debe superar adaptándose al ambiente y conservando su identidad (**CUADRO 2**). Estos conflictos y tensiones entre tendencias contradictorias son generadores de desarrollo positivo si se resuelven constructivamente, de lo contrario se integra una tendencia negativa en la identidad y frena el desarrollo.

CUADRO 2: ERIKSON: FASES DE LA IDENTIDAD Y AUTOCONCEPTO

FASE	EDAD	CONFLICTO
1. Reconocimiento mutuo	0-24 meses	Confianza - desconfianza
2. Autonomía/voluntad de ser uno mismo	2-3 años	Autonomía – vergüenza y duda
3. Iniciativa	4-5 años	Iniciativa – culpabilidad
4. Competencia/determinación de tareas	6-11 años	Habilidad - inferioridad
5. Crisis de identidad /adolescencia	12-18 años	Identidad – confusión de roles
6. Intimidad	Joven adulto	Intimidad y solidaridad – aislamiento
7. Descendencia	Adulto	Perpetuación - estancamiento
8. Trascendencia	Edad madura	Integridad – desesperación

Psicología del desarrollo. Área Psicología, Profesora UCLM: Belén Jiménez Alonso

La guía de los padres se vuelve imprescindible para que el niño aprenda las tres leyes que *Bert Hellinger* señala como indispensables en todo sistema familiar y que van a ayudarlo a vivir su vida con orden desde el comienzo.

Estas son:

1. **La pertenencia.** Todos los miembros de la familia deben ser tenidos en cuenta, nadie puede ser excluido, olvidado, maltratado o descuidado.

2. ***El orden.*** Existe una jerarquía en la familia que debe ser respetada, es decir, los abuelos están primero, luego los padres, después los hijos.
3. ***El equilibrio.*** Todos en la familia deben dar y recibir en igual proporción, es decir que todos tienen deberes y derechos por igual, los cuales deben ser respetados por todos para que haya relaciones de justicia.

El aprendizaje de estas leyes le permitirá al niño vivir armónicamente con los demás autoafirmandose y respetando la autoafirmación de los otros.



TEMPRANA INFANCIA

ETAPAS CRONOLÓGICAS DEL DESARROLLO

Resulta muy complejo determinar cuándo empieza y dónde termina una etapa en el desarrollo de los seres humanos y muy en particular en la infancia, pero si podemos anotar que todas ellas están íntimamente ligadas y son en forma ordenada la preparación de la siguiente sin dejar de tener cada una sus propias características.

También es importante resaltar la importancia de la etapa prenatal –desde la formación del cigoto hasta el feto e incluso el mismo momento del parto- en la cual todas las emociones y afectos de la madre son transmitidos a ese nuevo ser, convirtiéndose ella en el medio de comunicación previa con el ambiente exterior –padre, hermanos y otros familiares- con quienes ya comienza a desarrollar vínculos positivos o negativos que van a influir en el desarrollo de la personalidad del niño o niña.

Primera infancia (0-2 años): Caracterizada por la estrecha relación con la madre (u otra persona que cumpla dichas funciones) en la cual busca satisfacer sus necesidades físicas, afectivas y de protección y ayuda cuando se siente incómodo o experimenta malestar. Esta relación debe ser gratificante para que se creen vínculos adecuados para etapas futuras. Este contacto interactivo que va más allá de lo físico, se convierte en una fuente de afectos, de desarrollo cognitivo para las actividades motoras, sensoriales y mentales del niño. Dicho contacto dominado por el juego y caricias de la madre, es el que crea las condiciones necesarias para que el niño aprenda a manipular y experimentar el “nuevo mundo” en el que se encuentra.

La respuesta que nos dice que sus necesidades han sido satisfechas, es la sonrisa. Pero cuando la sonrisa es espontánea –a partir de los 2 a 3 meses de edad- en su contacto con un objeto externo, nos dice que el niño es feliz.

En la medida en que el padre se involucre en las diversas actividades y necesidades del niño, se irá convirtiendo en un pilar importante en el desarrollo psicológico del niño; esto implicará que el padre asuma roles que por historia y cultura han sido asignados a la madre (por ejemplo dar el biberón, cambiar de pañal, hacerlo dormir, cantarle en las noches, mecerlo en la cuna, etc.).

Inicialmente el niño a sus padres (en especial a la madre) como una extensión de sí mismo, pero a medida que se desarrolla hará conciencia de que son algo distinto a él. Además comienza a recordar y asociar de forma rudimentaria lo aprendido, lo conocido, lo escuchado...iniciando el desarrollo de otra forma de comunicación con el mundo y los demás (inicio del lenguaje).

CUADRO 3: DESARROLLO MOTOR DURANTE EL PRIMER AÑO

TIEMPO	PARTES DEL CUERPO	MOVIMIENTOS
1 – 3 MESES	Boca, ojos y oídos	Succión, para tomar la leche, movimiento de los labios y lengua. Abre y cierra los párpados, sigue la luz. Sonrisa social. Se asusta con ruidos.
3 – 5 MESES	Cuello, espalda y brazos	Empieza a tener la cabeza recta y a rotarla en diferentes direcciones. Puede estar sentado, si se apoya en un cojín o en una mecedora. Puede agarrar pequeñas cosas usando toda la mano.
6 – 9 MESES	Tórax, piernas y manos	Puede estar sentado sin ayuda. Ahora las manos están libres para explorar todo el entorno: hay voluntad de coger y llevar los objetos a los ojos y a la boca. Empieza a tener preferencia por una de las dos manos.
9 – 12 MESES	Pies, dedos y lengua	Hay cada vez una mayor coordinación entre las partes del cuerpo. Empieza el movimiento: el niño se arrastra por el suelo, empieza a ponerse de rodillas, gatea (cada vez menos frecuente desde que duermen boca arriba) y finalmente empieza a levantarse. Utiliza los dedos, sobre todo el pulgar (haciendo la pinza) con mayor precisión, siendo capaz de coger cosas muy pequeñas, como una hormiguita, o de hacer rotar los objetos entre sus dedos, para estudiarlos mejor. Ya produce una buena variedad de sonidos.

CUADRO 4: DESARROLLO DEL LENGUAJE

EDAD	DENOMINACIÓN	EJEMPLOS
1 – 3 meses	”Ajos”	El niño hace prueba de sonidos con su propia voz: pueden ser simples letras, como la "g", "j" "k".
3 – 5 meses	Entona	Empiezan la actividad de vocalización: el niño produce sonidos y se escucha a sí mismo.
6 – 9 meses	Silabea	El niño repite sílabas fonéticas como "ba-ba" "ta-ta" o "ma-ma". Todavía son "pruebas" y no tienen siempre intencionalidad específica.
9 – 18 meses	Palabra - frase	Una palabra describe una situación entera y puede decir varias cosas: "silla" puede significar "bájame de la silla" o "súbeme a la silla" o "quita la silla del medio" o "quiero esa silla" etc. Solamente quién está a su lado y entiende el contexto en el que se pronuncia esa palabra, puede interpretar correctamente la expresión del niño.
+ 18 meses	Lenguaje telegráfico	Ahora el niño utiliza más de una palabra: "silla ita" por ej. quiere decir "quita esa silla". Cada palabra indica una parte de la situación y el niño distingue entre sujeto y acción.
	Frases complejas	Empieza la formulación de frases más complejas y uso "habitual" de la gramática (con "creaciones" incorrectas pero siguiendo la regla intuitivamente aprendida): "No cabo" o "no sabo" por no quepo o no sé.

Segunda infancia (2-5 años): Salta la frontera desde sus padres hacia el resto del mundo que le rodea, valiéndose de lo alcanzado por su desarrollo motor para convertirse en un verdadero explorador que busca independizarse y usa su escaso lenguaje para satisfacer su curiosidad, nace el ¿por qué? en una etapa llena de preguntas que en ocasiones desesperan a sus padres que buscan incesantemente evitarlas o pararlas haciendo uso de

su autoridad sin percatarse que el niño de las respuestas lógicas y comprensibles, lo cual le abre el camino hacia el diálogo.

También nace la curiosidad por las diferencias de sexo (diferencia de órganos genitales), la cual una vez satisfecha deja de tener el mayor interés en los niños y niñas; no sin antes llegar a la pregunta que tantas angustias causa a los padres: ¿Cómo hacen los bebés?

El niño se vuelve creativo y fantasea e inventa sin tener la intención de mentir, pudiendo confundir la realidad con la fantasía. Cree que el mundo es como él lo percibe. Aprende a socializar con otros niños e identifica otras figuras adultas importantes, lo cual se da principalmente cuando asiste a guarderías u otros centros educativos; aprenden a vivir en comunidad, identificando la existencia de normas o reglas para dicha convivencia. Es decir no es solo él sino él y los demás.

También aprende a controlar sus necesidades fisiológicas mediante un adecuado control de los esfínteres, lo cual es un gran logro para los niños y que debe ser reforzado positivamente por los padres, evitando las sanciones o castigos que de manera no intencionada los padres damos cuando en éste aprendizaje los niños fallan o no alcanzan a hacerlo porque todavía se distraen en el juego y se les olvida.

Comienzan los celos como indicador que de salida de su egocentrismo en un ambiente donde no solo es él quien existe sino los demás y que debe compartir de sus cosas hasta el afecto que recibe. Nace la aceptación de los demás y el reconocimiento de que continúa siendo querido por sus padres.

Aprende a decir “no” como una forma de independizarse, de hacer prevalecer su voluntad; así como a decir “mío” como una expresión de propiedad. Esto le va a permitir reconocer y marcar límites -en su entorno físico, social y emocional- en el futuro ya que inicialmente son marcados por los padres. En este proceso de marcar límites es donde se dan las rabietas del niño para intentar que sus padres cedan a su voluntad en lo que desean, pero serán los padres quienes marcaran los límites.



ETAPA ESCOLAR

Niñez o tercera infancia – etapa escolar (5-11 años): Está marcada por la inicio de la etapa escolar, del establecimiento de nuevas normas en nuevos ambientes, lejos o separados de la presencia o vigilancia de sus padres. Se siente grande porque su aprendizaje es “grande”, amplio, gracias al desarrollo de dos grandes herramientas: leer y escribir. Un pensamiento más ágil con el desarrollo de nuevas ideas frente a nuevos conceptos. Descubre el tiempo, el espacio físico, la geografía, la matemáticas y los números que crecen (se multiplican). Sus descubrimientos son lo máximo y cuando esto tiene el mismo significado para sus padres, la felicidad de los niños es inmensa.

La escuela tiene gran importancia para el desarrollo de sus actividades, para su creatividad y aprendizaje lleno de aventuras cada vez más sorprendentes, pero en un medio más estructurado y normalizado. En su vida aparecen nuevas figuras significativas, que llegan a ser admiradas y en muchos casos imitadas.

Su diálogo es más estructurado con frases más complejas, palabras nuevas, tonos diferentes, e increpan y prueban mediante adivinanzas a sus padres.

El juego al aire libre debe ser fortalecido por sus padres en el tiempo libre para que el niño pueda continuar experimentando con lo que existe a su alrededor como un medio de descubrimiento de nuevos intereses en la vida. Aparecen los juegos en equipo, donde sus compañeros son más que amigos, son verdaderos colegas con quienes aprende a respetar reglar y a hacerlas respetar. Esto también les enseña a ubicarse en el otro para ver el mundo como ellos lo ven, salen de su egocentrismo.

Finalmente, en esta etapa, no existen intereses de carácter sexual, se concentran en las actividades de aprendizaje y socialización hasta llegar a la adolescencia.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Conde Pastor M. **Noviembre 2000** saludalia@saludalia.com
2. Kimmel, D.; Weiner, I. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel. Capítulos 4 y 5.
3. Biblioteca Práctica para padres y educadores (2005). Enciclopedia de Pedagogía y Psicología (vol. 2, pp. 186-238). Madrid España. Cultural S.A.
4. Biblioteca Salvat de grandes temas (1980) Guía para padres. (Vol. 2, pp. 122-132). Barcelona, España. Salvat Editores.
5. Psicología infantil. Extraído el 21 de enero del 2007 en Encarta 2004. (1993-2003). Microsoft Corporation.



ADOLESCENCIA

DESARROLLO EMOCIONAL Y PSICOLÓGICO EN LA ADOLESCENCIA

DRA. GISELLA CHÁVEZ DE VALLEJO

EL DESARROLLO PSICOLÓGICO

INTRODUCCIÓN

Desarrollo psicológico es el cambio que se produce en los seres humanos a lo largo de la vida, son cambios cuantitativos y cualitativos que infieren en la forma de pensar y resolver problemas, en la forma de relacionarse con otros individuos y de sentir afecto. Es el resultado de una compleja interacción entre factores genéticos, el propio temperamento, las facultades del desarrollo de aprendizaje, el medio social y cultural en el que se desenvuelve y las relaciones afectivas y motivacionales que le acontecen. En cuanto a la adolescencia es una etapa que se inicia a los 11 o 12 años y concluye a los 18 o 20 años.

En la adolescencia se producen importantes cambios físicos mediados por cambios hormonales que inciden claramente en el desarrollo psicológico. La actividad del propio individuo es un factor decisivo, ya que el adolescente se conduce a sí mismo, relacionándose de forma activa y positiva con el ambiente en que se desarrolla. Según el psicólogo Jean Piaget, el adolescente tiene un proceso de *asimilación* de nuevos conocimientos sobre el medio en que se desenvuelve y de *acomodación* de su esquema previo de conocimiento al nuevo objeto o problema en conocimiento, esto se conoce como *adaptación cognitiva*.

En cuanto a la socialización, citamos a Vygotsky, fundador de la psicología cultural, nos indica que el ser humano es el resultado de un proceso de culturización o socialización; es en la sociedad en donde el adolescente se presenta con sus contradicciones propias y de ella inhala sus características que más le convienen para expresarse, por tanto para que el adolescente actúe necesita de la motivación de sus pares y de otros a quienes considera ídolos y a quienes imita; otros agentes de socialización son la familia, la escuela y los medios de comunicación.

Con lo que hemos expuesto anteriormente, comprendemos que el desarrollo del adolescente no es algo inalterable ni rígidamente determinado, sino que hay posibilidades de intervenir para mejorar el desarrollo, un ejemplo importante serían los **programas de intervención cognitivo conductual** que actúan específicamente en procesos determinados, ya sea como prevención o tratamiento en el uso y abuso de drogas, embarazo prematuro, conducta disocial, mortalidad por accidentes, por homicidio y suicidio, enfermedades de transmisión sexual y en las crisis de depresión y/o ansiedad. En general, la mejoría obtenida en este desarrollo debe producirse en condiciones sociales significativas en las que el adolescente puede interiorizar la solución de un problema previamente compartido, y con el posterior reforzamiento en su ambiente social, en especial con la intervención adecuada de padres y maestros.

PSICOLOGÍA DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es la etapa del desarrollo humano que sigue a la pubertad; se caracteriza por cambios físicos y psicológicos, siendo estos últimos, cognitivos, afectivos y sociales. El límite inferior de la adolescencia es la *pubertad*, en la que se dan cambios físicos que influyen directamente en la maduración de órganos sexuales y con la consecuente capacidad para la reproducción. A estos cambios se suman nuevos modos de interacción social y de pensamiento.

Los cambios físicos y emocionales

A partir de los 11 años se da un crecimiento rápido del cuerpo, lo que lleva a cambios fisonómicos; el crecimiento general del organismo se da a un ritmo mayor que en otras etapas del desarrollo (exceptuando la primera infancia), la causa son mecanismos internos mediados por hormonas y el sistema nervioso, y por otro lado los factores genéticos y ambientales; en cuanto a los cambios sexuales, se da a más temprana edad en las chicas que en los varones. Los cambios físicos incluyen el crecimiento repentino del adolescente, el desarrollo del vello púbico y axilar, el aumento en la producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas que pueden llevar al acné; el crecimiento de las mamas y la menarquia en las niñas; el

crecimiento de los testículos y escroto, pene, próstata y vesícula seminal, cambio de voz, vello facial y primera eyaculación en los varones.

Los cambios hormonales propios de la adolescencia pueden afectar el estado de ánimo y el comportamiento; algunos investigadores indican que las hormonas están asociadas con la agresión en los muchachos y la depresión en las niñas; también hay otros factores que contribuyen en el comportamiento emocional, siendo estos el sexo, la edad y el temperamento. Las emociones son sentimientos, tales como la felicidad, desesperación o tristeza, que suelen tener tanto elementos fisiológicos como cognitivos y que influyen sobre el comportamiento.

Todas estas transformaciones plantean en el adolescente el que tenga que adaptarse rápidamente a su nueva imagen corporal, nuevas capacidades motoras y sexuales, esto a su vez trae como consecuencia el hecho de la importancia de la imagen del propio cuerpo, lo que influye mucho en especial en el sexo femenino que siguiendo la moda optan por una delgadez extrema que las lleva a la peligrosa y muy común anorexia y bulimia; con la globalización, esta realidad de la cultura occidental, se ha extendido a todo el mundo. Sin embargo el aspecto físico también es importante en los varones, a quienes les preocupa verse femeninos, por eso intensifican un aumento de peso, incrementado preferentemente su masa muscular, a lo que pueden dedicarle horas enteras de fisicoculturismo.

Los efectos de la maduración (física y psicológica) temprana o tardía no están definidos con claridad y difieren en los varones y en las chicas. Algunas investigaciones han encontrado que los muchachos que maduran temprano son más seguros, relajados, dispuesto a cooperar, populares entre sus compañeros, tienen la posibilidad de ser líderes y son menos impulsivos que quienes maduran más tardíamente. Otros estudios han determinado que estos adolescentes se interesan más en ser agradables, cautelosos y apegados a las reglas y rutinas. Entre los chicos que maduran más tarde, se ha encontrado que se sienten más incómodos, rechazados y dominados, son más dependientes, agresivos e inseguros, se rebelan más contra sus padres y piensan menos en sí mismos. En cuanto a las chicas que maduran más temprano tienden a ser menos sociables, menos expresivas y menos equilibradas, son más introvertidas y tímidas y tienen sentimientos más

negativos acerca de la menarquía, presentan mucha aprehensión sobre los cambios de su cuerpo en caso de que estos choquen con los patrones culturales, lo que les genera mucho estrés y desequilibrio emocional.

La atracción sexual parece comenzar con la adrenarquia alrededor de los 11 años cuando las glándulas suprarrenales aumentan su producción de hormonas, y se manifiesta por completo después de la gonadarquia (maduración de testículos y ovarios). Acompañado a esto, están ciertas conductas como son las fantasías sexuales y la masturbación. También es importante señalar la orientación sexual del adolescente, que se manifiesta como la inclinación consistente de interés sexual, romántico y afectuoso en dirección heterosexual (que es lo normal), homosexual o bisexual, en cuanto a éstos dos últimos, no hay estudios que corroboren en el cien por ciento, la causa dicha perturbación, ya que se habla de problemas biológicos, de alteración a nivel de comunicación con sus padres, falta de afecto, abuso sexual en especial de parte de un adulto homosexual, entre otros.

El adolescente, debido a su capacidad para entender principios morales más extensos, sabe que la moral no siempre es blanca o negra y puede haber conflictos entre dos tipos de normas socialmente aceptables. Kohlber plantea que los cambios ocurridos en el razonamiento moral pueden explicarse en un secuencia de tres niveles que a su vez tienen seis etapas; según este investigador, a la etapa más alta se llega a los 15 años, sin embargo solo el 25% de todos los adultos supera la etapa cuarta de este modelo, en el que se mide juicios morales y no comportamientos; saber distinguir el bien y el mal no significa que siempre se actúe según el juicio, sino por lo más conveniente, en la sociedad actual.

NIVELES DEL RAZONAMIENTO MORAL KOHLBERG	
Nivel 1. Moral preconvencional.- los intereses específicos del individuo están planteados en función de premios y castigos.	<p>Etapa 1. Orientación hacia la obediencia y el castigo; el individuo se apega a las reglas para evitar el castigo, por tanto la obediencia se da por conveniencia propia.</p> <p>Etapa 2. Orientación hacia la recompensa. Las reglas son acatadas sólo por beneficio propio; la obediencia se da porque genera una recompensa.</p>
Nivel 2. Moral convencional.- el adolescente enfoca los problemas morales como miembros de la sociedad. Está interesado en satisfacer a los demás actuando como elemento positivos de la sociedad.	<p>Etapa 3. Moralidad <i>del buen chico</i>. El adolescente muestra interés por mantener el respeto de los demás haciendo lo que se espera de él.</p> <p>Etapa 4. Moralidad que mantiene la autoridad y el orden social establecidos; el individuo se somete a las reglas de la sociedad y considera que es <i>correcto</i> lo que ésta define como aceptable.</p>
Nivel 3. Moral postconvencional.- la persona desarrolla principios morales que son considerados más extensos que los de cualquier sociedad en particular.	<p>Etapa 5. Moralidad de contrato, garantías individuales y leyes democráticamente aceptadas; en esta etapa las personas hacen lo que piensan que es correcto debido a un sentimiento de obligación con las leyes que ha aceptado la sociedad; reconocen que las leyes pueden ser alteradas como parte de los cambios de un contrato social implícito.</p> <p>Etapa 6. Moralidad de principios y conciencia individuales. En esta última etapa la persona aplica las leyes porque están basadas en premisas éticas universales; las leyes que violan estos principios no son tomadas en cuenta.</p>

En la adolescencia el grupo de pares se vuelve más importante, como una superficie de resonancia para el esclarecimiento de la identidad y como una fuente de juicios sociales. Según la teoría de Erickson del desarrollo psicosocial, se enfatiza la búsqueda de la identidad en los años de la adolescencia, lo que corresponde a la quinta etapa llamada **etapa de identidad vs. confusión de papeles**, es una etapa de prueba que permite determinar las cualidades distintivas propias, y le permite formar una adecuada autoestima, es decir la valoración que hace de sí mismo,

expresando una actitud de autoaprobación e indica que se cree capaz, importante, competente y digno. La confusión al elegir el papel más apropiado puede provocar una falta de identidad estable o *crisis de identidad*, lo que lo puede llevar a delinquir o a tener dificultades en las relaciones personales íntimas. En las sociedades tradicionales, la identidad es atribuida por los grupos sociales; el lugar del individuo en la sociedad es determinado por la familia, la comunidad y la clase social en la que el adolescente nace.

Retomando la *teoría cognitiva evolutiva de Piaget*, se entiende que la razón para el egocentrismo adolescente, se relacione con aspectos sociales y de personalidad, sumados los elementos intelectuales, y de allí su consiguiente confianza excesiva en sí mismo sin que sea capaz de concebir posturas contrarias a las suyas. Para Elkind, el egocentrismo adolescente se debe a dos componentes, uno de ellos es la *audiencia imaginaria* o excesiva preocupación por lo que piensen los demás y la *fábula personal* que lo lleva a considerarse a sí mismo como alguien que vive las experiencias de la vida de forma peculiar y única; la superación del egocentrismo va mejorando con la edad, y ya a los 17 años se puede coordinar mejor las teorías sobre sí mismo y los aspectos de la realidad.

El pensamiento adolescente

Surge el pensamiento caracterizado por la capacidad para operar mentalmente de forma abstracta. El nuevo periodo de las operaciones formales según la denominación de Piaget e Inhelder, se inicia a los 11 o 12 años, alcanzando su estabilidad a los 16 años, cuando va dando paso al pensamiento adulto. El pensamiento lógico formal se caracteriza por.-

- **Lo real como subconjunto de lo posible.-** Puede enfocar la solución de un problema invocando situaciones y relaciones causales posibles entre sus elementos y luego intentando descubrir de modo sistemático cual es la realidad; es decir que la realidad para el adolescente es una parte específica del mundo, mucho más amplia de las posibilidades.
- **Pensamiento hipotético-deductivo.-** El adolescente deduce de lo teorizado; para él la explicaciones causales de la realidad tienen

características de hipótesis ya que en inicio no son comprobadas. El adolescente puede llegar a formular una serie de supuestos que expliquen la realidad, para luego verificar la verdad o falsedad de su hipótesis.

- **Carácter proposicional.-** Las hipótesis se expresan mediante enunciados que son representados de forma proposicional, es decir que los adolescentes razonan sobre las hipótesis, las comparan mediante deducciones lógicas por las que unas proposiciones deriven lógicamente de otras. El adolescente realiza un juicio entre dos términos, sujeto y predicado, que afirma o niega éste de aquel, o incluye o excluye el primero respecto del segundo, así convierten las operaciones mentales en objetos de razonamientos realizando operaciones sobre operaciones de segundo orden. Esta capacidad se relaciona con las capacidades metacognitivas que presentan un intenso desarrollo a partir de la adolescencia. La *metacognición* se presenta como el pensamiento estratégico para utilizar y regular la propia actividad de aprendizaje y habituarse a reflexionar sobre el propio conocimiento. Es uno de los planteamientos de las *teorías constructivistas del aprendizaje significativo*, que responde a la necesidad de una transición desde un aprendiz pasivo dispuesto a aprender de forma adaptativa y reproductiva lo que se le pida, hacia un aprendiz generador y constructivo, orientado a la búsqueda del significado de lo que hace. Es un pensamiento netamente abstracto.
- **Combinatoria.-** El adolescente tiene la capacidad para inferir todas las relaciones posibles entre los componentes de un problema y puede combinarlos de forma ordenada, hasta encontrar los responsables o factores causales.
- **Doble reversibilidad.-** En esta etapa de desarrollo, el individuo puede operar con dos sistemas de reversibilidad a su vez, la negación y la reciprocidad, lo que influye no solo en las operaciones intelectuales sino en el comportamiento cotidiano.

Existen otro tipo de explicaciones científicas en cuanto al proceso del pensamiento y la consecuente conducta del adolescente. Se advierte que es necesario que el medio social proporcione los estímulos intelectuales y la

motivación para ello. Otros concuerdan en que este tipo de pensamiento es algo que se puede llegar a adquirir debido a las competencias del individuo adolescente en cuanto a lo que es capaz de hacer dentro de las condiciones ideales. En cuanto al campo de la *creatividad*, el humanista Rogers reforzó la tesis de la *autorrealización* motivada por la urgencia que experimenta el individuo por realizarse, es decir de expresar y activar las capacidades del organismo (entre ellas las creativas), ya que esa activación refuerza el propio organismo y el yo del adolescente; se destaca como aspectos importantes la apertura hacia diversas experiencias, la capacidad para responder al medio, la evaluación interna y la capacidad para explorar el medio o para manipular elementos y conceptos, ello hace que el adolescente experimente placer por la actividad intelectual. Los indicadores de creatividad son la fluidez, flexibilidad, originalidad, elaboración, análisis y síntesis. Para Rogers una persona es creativa en la medida en que realiza sus potencialidades como ser humano. Otros investigadores señalan el *estilo cognitivo* o modo especial de procesar la información, indicando dentro de éstos, el llamado *independencia de campo*, que tiende a analizar los elementos de un dilema con más profundidad de lo aparente o superficial, favoreciendo así a la resolución del problema de una forma lógico-formal. Otro aspecto sobre las operaciones formales es el contenido o tema de la tarea, si éste le es conocido o familiar, su análisis sobre el mismo se dará a un nivel más abstracto.

Con lo explicado en el párrafo anterior entramos en la psicología del aprendizaje a nivel de la adolescencia, tema importante porque nos permite el desarrollo del alumno en el aula y las pautas que podemos encontrar los maestros para afianzar los conocimientos y ser un medio de desarrollo adecuado para la personalidad que tendrá al terminar la adolescencia.

PSICOLOGÍA DEL APRENDIZAJE EN LA ADOLESCENCIA

El aprendizaje se define como un proceso en espiral, en donde las explicaciones y los cambios conseguidos son la base a partir de la cual se lograrán otros nuevos aprendizajes complejos y profundos; tiene que ser visto en su función individual y social, muy importante este último punto ya que la sociedad influye directamente en la conducta del adolescente, de allí

que es necesario destacar que la enseñanza es orientar las acciones y participaciones de éstos; el profesor es un promotor del cambio de roles y de modelos internalizados; su tarea será observar la dinámica del trabajo y hacer señalamientos tanto en lo conceptual como en la interacción social. En resumen, la psicología educativa tiene una función preventiva y correctiva.

En el aprendizaje son importantes las habilidades humanas, Fleischman y Bartlett identifican cinco atributos importantes.-

- Las habilidades son producto de la maduración y aprendizaje.
- Las habilidades que se han desarrollado durante el periodo de formación persisten hasta la edad adulta.
- Las habilidades presentes del individuo afectan la proporción en que aprende nuevas tareas.
- Una habilidad puede conducir al aprendizaje de una mayor variedad de tareas específicas que otra habilidad, es decir mientras más general sea la habilidad mayor será su transferencia.
- Las habilidades son más fundamentales que las destrezas, definiéndose destreza como el nivel de eficiencia en una tarea unitaria o en una configuración de tareas.

Dentro de las habilidades cognoscitivas del adolescente, Klausmeir enumera, la inteligencia como habilidad unitaria, habilidades específicas siendo éstas, el *significado verbal*, *facilidad numérica*, *razonamiento*, *rapidez perceptual* y *relaciones espaciales*. En cuanto a las habilidades psicomotoras, el adolescente no presenta grandes cambios al respecto, ya que éstas han sido desarrolladas en la infancia.

En cuanto a los fundamentos biopsicológicos del aprendizaje (adolescente), se enuncia la importancia de las aptitudes intelectuales heredadas, los receptores sensoriales y el papel esencial de las estructuras cerebrales, siendo significativas, el *tallo cerebral*, que lleva a cabo funciones motoras y sensitivas y sirve como instrumento de centros nerviosos superiores que le transmiten señales de mando para iniciar o modificar funciones de control específico; el *cerebelo* que sirve para el control de actividades musculares rápidas; el *sistema límbico* que cumple funciones importantes con relación a

la conducta emocional, incluido el dolor, placer, furor, miedo, pena, conducta sexual, docilidad y cariño; el *hipotálamo* que es el principal intermediario entre el sistema nervioso y el sistema endócrino, ya que cuando detecta ciertos cambios en el cuerpo libera sustancias químicas que estimulan la hipófisis; el *tálamo* es un centro de clasificación y dirección de la información desde los órganos sensoriales (exceptuando los olfatorios) a las regiones sensoriales y motoras específicas del encéfalo; la *corteza cerebral* es una amplia zona de almacenamiento de la información, la $\frac{3}{4}$ partes de las neuronas del sistema nervioso se encuentran en la corteza, aproximadamente cien mil millones. Se ha demostrado que las diferentes áreas corticales tienen sus propias funciones. Según la *teoría holística de los pensamientos*, en el acto de pensar intervienen la corteza cerebral y diferentes partes del sistema nervioso al mismo tiempo y secuencialmente.

La educadora I. Valladares indica la importancia que tiene la familia del adolescente, dándole alcances considerables tanto en el aprendizaje como en la conducta del hijo (s) adolescente, ya que dentro del seno familiar se aprende los buenos hábitos, actitudes de comportamientos y sociales, intereses, valores e ideales. Es necesario que los padres sean sensibles a las necesidades e intereses del adolescente, que aprecien sus logros, que establezcan reglas coherentes y sus respectivos procedimientos, que fomenten un adecuado nivel de comunicación bidireccional, que estimulen sus valores, lo que lleva a un adecuado desarrollo de la personalidad, la misma que está influida por los valores morales enseñado por sus padres. La importancia de la familia radica también en el origen de problemas como por ej. la separación conyugal, la falta de los padres por el excesivo trabajo y el maltrato de parte de éstos porque tienen conceptos erróneos sobre cómo deben comportarse los hijos adolescentes; estas agresiones familiares trae consecuencia nefastas como son el abandono del hogar, el vagabundeo, explotación de menores por trabajar antes de tiempo, vivencia en las calles, embarazo a temprana edad, relaciones sexuales riesgosas, consumo de drogas, delincuencia, entre otras, por tanto es de vital importancia señalar la necesidad urgente de la *educación familiar*, la misma que debe estar coordinada a nivel del Ministerio de Educación, con el colegio para intensificar la colaboración en conjunto de padres y maestros, utilizar los

medios de difusión para argumentar puntos de vista y opiniones, desarrollar actitudes y convicciones, reforzar valores morales que contribuyan a formar planes de vida, y sobre todo preparar a los padres para su autoeducación y autodirección para que la familia enfrente cada nueva situación enmarcados en la realidad sociocultural que le toca vivir y su proyección futura. Debemos tener presente que el *problema* se mide por la intensidad del deseo de lo que anhelamos y la distancia entre los que queremos y poseemos, por tanto **el clima absurdo en que viviría el adolescente con problemática familiar, social o cultura, lo lleva a buscar alternativas de supervivencia.**

Popper vio en Einstein y en el espíritu del proceder científico el modelo de lo que puede ser el saber y el aprender humano. Este proceder supone **enfrentarse con problemas reales** a los que hay que buscarles soluciones tentativas, pretender eliminar errores y replantear los problemas que se suscitan nuevamente. **Se aprende en la medida en que se reconoce los errores** y no en cuanto a la permanencia dogmática aferrándose a creencias propias. Las ideas de Popper, adaptadas a la etapa de la adolescencia, se resumen.-

- Mediante la crítica constructiva se mejora la experiencia, ya que ella es el medio que expresa el valor moral de la falibilidad, la necesidad de los otros y de aprender de ellos.
- El aprendizaje es un proceso y una experiencia que se inicia con problemas motivantes del mundo real, lo que se opone al proceder ideologizante. Es una actividad personal y social.
- El aprendizaje humano adolescente y enrumado a la adultez **es activo y crítico**, piensa con autonomía, libertad e imaginación para buscar soluciones.

ALGUNAS RECOMENDACIONES PRÁCTICAS DE UTILIDAD

1. Actualizar nuestro conocimiento con relación a la vida de los adolescentes en nuestra sociedad, desde aspectos psicológicos, modas, corrientes musicales, grupos, para lograr ayudarlos desde su propia realidad, no desde lo que nosotros creemos que son las cosas, y así conocer el presente en el que vive, las presiones a las que se somete y ayudarlo a

discernir entre lo bueno y lo malo que ese presente le ofrece, por ej. el uso inadecuado del internet.

2. Practicar la empatía, recordar que también fuimos adolescentes incomprensidos y rebeldes. El deber como padres es ayudarlo a cruzar el umbral de la edad adulta. Si yo lo ayudé a dar sus primeros pasos, allá cuando tenía un año de vida, ¿por qué lo dejo sólo, ahora que empieza a caminar como hombre o mujer?

3. Mejorar el diálogo, escuchar más y hablar menos. Ellos han pasado por lo menos 10 años como oyentes. El niño escucha y obedece, pero el adolescente ya piensa y decide por sí mismo. Nos ve, nos juzga. No nos predispongamos sólo a enjuiciar sus acciones sino escucharlos y comprenderlos.

4. Aprovechar todo el tiempo que pueda pasar con su adolescente. Y no precisamente para regañarlos ni sermonearlos, sino simplemente para estar con ellos. Que nos vean, que nos sientan cercanos. A veces parecemos estar siempre tan ocupados en la cocina, en el trabajo o atrincherados detrás de la televisión o del periódico, que damos la imagen de que nos interesa más saber lo que pasa fuera de casa que saber lo que sucede en nuestra propia casa.

5. No hacer de la vida del adolescente una tragedia griega, sino descubrir junto con ellos que es una maravillosa aventura, un viaje único que los llevará a ser unos jóvenes auténticos y seguros de sí mismos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castro Alerget. Pedagogía cubana No.5. ¿Qué es la familia y cómo educa a sus hijos? Revista trimestral del Ministerio de Educación de Cuba. 1990.
2. Desarrollo humano y calidad. Módulo 1 valores y actitudes. Colegio Nacional de Educación profesional técnica. Segunda edición. Noriega editores. Estado de México. 1997.
3. Diane Papalia. Psicología del desarrollo. McGraw-Hill. 8va. Edición. Bogotá-Colombia. 2001.
4. F. Fuentenebro y C. Vásquez. Psicología médica, psicopatología y psiquiatría. Interamericana MacGraw-Hill. Madrid – España. Primera edición. 1990.
5. Feldman Robert. Psicología con aplicación a los países de habla hispana. McGraw-Hill. Tercera edición. México DF. 1998.
6. Gelles Richard. Sociología con aplicación en países de habla hispana. McGraw-Hill. Sexta edición. México DF. 2000.
7. <http://es.catholic.net/familiayvida/158/154/articulo.php?id=2995>.
German Sánchez Griese y Benjamín Manzano Gómez. ¡Auxilio...!
Hay un adolescente en mi casa.
8. http://es.wikipedia.org/wiki/Teoría_de_la_mente
9. Valladares Irma. Psicología del aprendizaje. Universidad técnica particular de Loja. Loja – Ecuador. 1996.

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN PARA EL DESARROLLO DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

GUILLERMO RIVERA ARROYO, MD, MSC, PHD.

INTRODUCCIÓN

Analizaremos la literatura existente respecto a los factores de riesgo en el desarrollo infantil, así como los factores de protección, a fin de fomentar una mayor comprensión del desarrollo en sí, y de los factores que puedan perjudicarlo o potencializarlo.

La búsqueda de la literatura se realizó utilizando bancos de datos como Scielo, PsycLIT y Plataforma Lattes. Las palabras claves utilizadas fueron: factores de riesgo, factores de protección, factores protectores, riesgo, protección, desarrollo infantil, violencia y resiliencia. La mayor parte de la literatura consultada provino de artículos científicos y capítulos de libro; mientras las monografías, disertaciones de maestrías y memorias de congresos representaron la minoría de las fuentes consultadas.

Según Reppold, Pacheco, Bardagi y Hutz (2002), los factores de riesgo son condiciones o variables asociadas a la alta probabilidad de ocurrencia de resultados negativos o indeseables, dentro de tales factores se encuentran los comportamientos que pueden comprometer la salud y el bienestar o el desempeño social del individuo.

Otras definiciones sobre factores de riesgo son concordantes. Para Ramey y Ramey (1998), los niños portadores de determinados atributos biológicos y/o bajo el efecto de determinadas variables ambientales tienen mayores probabilidades de presentar trastornos o atrasos en su desarrollo, cuando se los compara con niños que no sufren los efectos de tales variables. Estas variables se denominan *factores de riesgo*. Para Garmezy (1985), los factores de riesgo son aquellos factores que, de estar presentes, aumentan las

probabilidades de que el niño desarrolle un trastorno emocional, Tales factores pueden incluir atributos genéticos y biológicos del niño o la familia, bien como factores de la comunidad que influyen tanto en el ambiente del niño, como de su respectiva familia.

Cabe resaltar que los factores de riesgo por si solos, no constituyen una causa específica, pero indican un proceso complejo que puede justificar la consecuencia de una psicopatología en el niño (Holden, Geffner y Jouriles, 1998). Por otro lado los factores de protección pueden ser definidos como aquellos factores que modifican o alteran la respuesta personal para un riesgo ambiental que predispone a un resultado desadaptativo, como por ejemplo el estado de desarrollo del niño, su temperamento y sus habilidades individuales para la resolución de problemas. (Rutter, 1985).

Hutz, Koller y Bandeira (1996 citado por Reppold et al 2002) señalan mecanismos, factores o procesos protectores como influencias que mejoran o alteran la respuesta de los individuos a ambientes hostiles, que predisponen a consecuencias desadaptativas, Tales factores son comprendidos como condiciones o variables que disminuyen la probabilidad del individuo a desarrollar problemas de externalización, tales como: agresión, uso de alcohol y/o drogas, ira, desordenes de conducta, crueldad para con los animales, entre otros (Holden et al., 1998).

FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO INFANTIL

Según Rappold et al. (2002), los eventos estresantes de la vida, considerados como cualquier cambio en el ambiente que normalmente inducen a un alto grado de tensión e interfieren en los patrones normales de respuesta del individuo, han sido asociados a una gran variedad de trastornos físicos y mentales. Barnett (1997) afirma que ningún otro factor de riesgo tiene una asociación más fuerte con la psicopatología del desarrollo, que un niño maltratado, el abuso y la negligencia causan efectos profundamente negativos en el curso vital del niño. Según tal autor, las secuelas del abuso y la negligencia, abarcan una gran variedad de dominios del desarrollo, incluyendo las áreas de la cognición, lenguaje, desempeño académico y desarrollo psicosocial. Los niños maltratados generalmente presentan déficit en la capacidad de regular el afecto y el comportamiento en general.

RIESGO Y PROTECCIÓN INFANTIL

La temática de la violencia intrafamiliar esta cada vez más presente en el escenario actual, siendo frecuentemente divulgada por los medios. Diariamente, niños y adolescentes son sometidos, en sus propios hogares, a condiciones adversas que se reflejaron en perjuicios en su desarrollo. Entiéndase como factores de riesgo para el desarrollo infantil todas las modalidades de violencia doméstica, a saber: la violencia física, la negligencia y la violencia psicológica, incluyendo esta última la exposición a la violencia conyugal (Brancalhone, Fogo y Williams, 2004; Brancalhone y Williams, 2003; Cardoso, 2001; Maldonado y Williams, 2005) y la violencia sexual (Azevedo y Guerra, 1989; Brino y Williams 2006; Brino y Williams 2003^a; Brino y Williams 2003^b; Deslandes, 1994).

La *violencia física* incluye malos tratos corporales (golpes, quemaduras, fracturas, contusiones, etc.). Las consecuencias de la victimización física de los niños provocan impactos deletéreos para el desarrollo infantil (Barnett, 1997; Santos, 2001). Widom (1989) señala que, los niños maltratados físicamente, presentaron el doble de probabilidad (15.8%) en relación a otros niños (7.9%) de ser apresados más tarde por cometer crímenes violentos. De ese modo, los malos tratos en la infancia pueden aumentar la probabilidad futura de crímenes violentos. La violencia domestica es el factor que más estimula a los niños y adolescentes a vivir en las calles.

Barnett (1997) destaca que los niños más pequeños o bebés son más vulnerables a sufrir abuso físico, pues no son capaces de escapar o “apaciguar” a padres abusivos. Según el autor hay varias razones para creer que los malos tratos a los niños pequeños pueden ser hasta más frecuentes de lo estimado, pues en general, esos niños no tienen contacto diario con profesores que pudiesen detectar y reportar sospechas de abuso o negligencia, y también por ser difícil distinguir en niños pequeños, los malos tratos de las heridas accidentales. Cabe destacar que tal tipo de violencia es causa frecuente de muerte en la infancia (Azevedo y Guerra, 1995).

Según Hughes, Graham- Bermann y Gruber (2001), varios estudios identificaron características de personalidad en los padres asociadas a comportamiento abusivo. Aquellos que ejercieron abuso físico sobre los

niños relataban sentir más rabia y más problemas de manejo de esa rabia, cuando fueron comparados con quienes no cometieron abuso físico. Los mismos autores mencionan estudios sugiriendo relaciones entre adultos que abusan de niños y características como: baja tolerancia a la frustración, baja autoestima, rigidez, ausencia de empatía, depresión, abuso o dependencia de sustancias y problemas físicos de salud. Cuando eran comparados con padres no abusivos., los padres abusivos poseían menor comprensión de la complejidad de relaciones sociales, particularmente menor comprensión sobre el papel parental, y sobre la atención a las necesidades de otra persona. Tales padres presentaron también, expectativas no realistas y percepción negativa de sus hijos. Consideraban estresante su papel de padre e interactuaban menos con sus hijos que los padres no abusivos. Según Williams (2003), los padres con deficiencia mental tienen mayores probabilidades de agredir a sus hijos.

Las características del niño, que aumentan su vulnerabilidad para sufrir abuso físico, Hughes et al. (2001), destacan: edad menor a cinco años. Complicaciones en el parto, sufrir deficiencia física o mental y comportamientos considerados difíciles. Como variables de relacionamiento que pueden incrementar las probabilidades de abuso, los mismos autores destacan: vivir en un hogar con violencia o discordia marital, niños con historia inter-generacional de abuso y bajo estatus socio-económico. Finalmente como factores comunitarios asociados a riesgo para que el niño sea abusado físicamente, Hughes et al. (2001) apuntan para el sentido de aprobación de la violencia por la sociedad, aprobación de castigo corporal y distribución desigual del poder dentro de la sociedad y la familia.

A su vez, la **negligencia** acontece, cuando se priva al niño de algo que necesita, cuando esto es esencial para su desarrollo saludable (alimentación, vestuario, seguridad, oportunidad de estudio, etc.). Sus efectos pueden llevar a la desnutrición o al atraso global del desarrollo y hasta la muerte (Monteiro, Abreu y Phebo, 1997^a).

La **violencia psicológica** acontece cuando alguien es sometido a amenazas, humillaciones y privación emocional. Esta violencia puede consistir en amenazas de varios tipos (suicidio, muerte, daño de la propiedad, agresión a la víctima o a sus seres queridos, entre otros) (Franca, 2003). Cabe destacar

que la investigación relativa al tema es aún reciente (O'Leary, 2001). Como consecuencias de la violencia psicológica, el Consejo Americano de Pediatría (*American Academy of Pediatrics, 2002*) destaca perjuicios en las siguientes áreas: *pensamientos intrapersonales* (miedo, baja autoestima, síntomas de ansiedad, depresión, pensamientos suicidas, etc.), *salud emocional* (inestabilidad emocional, problemas en el control de los impulsos, rabia, trastornos alimentarios y abuso de sustancias), *habilidades sociales* (comportamiento antisocial, problemas de apego, baja competencia social, baja simpatía y empatía por los otros, delincuencia y criminalidad), *aprendizaje* (baja realización académica, prejuicio moral), y *salud física* (queja somática, falta de desarrollo, alta mortalidad).

La misma fuente destaca que la severidad de las consecuencias de la violencia psicológica está influenciada, por la intensidad, gravedad, frecuencia, cronicidad y apaciguamiento, o realce de los factores relacionados a los cuidadores del niño, del propio niño o del ambiente. El estado de desarrollo del niño pueden también influenciar sobre las consecuencias de la violencia psicológica (*American Academy of Pediatrics, 2002*).

La violencia psicológica es más difícil de ser identificada, a pesar de ocurrir con significativa frecuencia. Esta puede llevar a la persona a sentirse desvalorizada, sufrir de ansiedad, y enfermar con facilidad. Situaciones que se arrastran por mucho tiempo y se agravan, pueden provocar el suicidio.

Como factores de riesgo para la ocurrencia de la violencia psicológica, asociados a los padres, se pueden destacar: habilidades parentales pobres, abuso de sustancias, depresión, tentativas de suicidio u otros problemas psicológicos, baja autoestima, habilidades pobres, padres autoritarios, pérdida de empatía, estrés social, violencia doméstica y disfunción familiar (*American Academy of Pediatrics, 2002*).

Un niño que nace en un ambiente violento está expuesto a factores de riesgo para su desarrollo (Koller, 1999). De manera general, así no sea víctima directa de la violencia, el niño puede presentar problemas en el transcurso de la exposición a la violencia conyugal.

Según Sinclair (1985), estudios realizados demuestran que la observación de la violencia doméstica afecta e interfiere en el desarrollo físico y mental de

los niños. Cardoso (2001) señala que el niño que observa violencia doméstica en el hogar, experimentará la ambivalencia de emociones y reacciones entre amor y odio, además de confusiones, conflictos y otras vivencias negativas. Otros efectos nocivos de la exposición del niño a la violencia conyugal indicados en la literatura son: la agresión, uso de drogas y alcohol, trastornos de la atención, bajo rendimiento escolar (Brancahona y Williams, 2003), ansiedad, depresión, trastornos de estrés postraumático y problemas somáticos entre otros (Barnett, 1997; Santos, 2001).

Para Sinclair (1985), un niño que convive con la violencia o amenaza del padre contra la madre es un niño que necesita de protección, pues corre el riesgo de ser física y sexualmente abusado. Para Holden et al. (1998), la mujer agredida puede descargar su rabia y frustración en el niño, el niño puede lastimarse accidentalmente intentando frenar la violencia entre los padres, o al proteger a su madre, y finalmente un niño que atestigüa la agresión contra la propia madre, podrá un día tornarse un marido agresor o una mujer agredida.

Los efectos de la observación de la violencia pueden ser entendidos en base a la teoría del Aprendizaje Social. Tal teoría sustenta que patrones aprendidos por niños en un hogar violento actúan como modelos de cómo interactuar socialmente (Bandura, 1976). Además de eso, los niños expuestos a ambientes estresantes pueden presentar cuadros de disociación a punto de generar rupturas bruscas y patológicas con la realidad (Caminha, 1999). Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (*American Psychiatric Association, 2000*), la característica esencial de los trastornos disociativos es una perturbación de las funciones habitualmente integradas de la conciencia, memoria identidad o percepción del ambiente.

La **violencia sexual** comprende uno o más adultos, del mismo sexo o no, utilizan al niño u adolescente con la finalidad de obtener placer sexual. Tal acto puede incluir desde conversaciones o telefonemas obscenos, pasando por exhibición de los órganos sexuales, hasta relaciones sexuales impuestas (vaginales, anales u orales).

Según Monteiro, Abreu y Phebo (1997b) tal tipo de violencia puede abarcar: a) **abuso sin contacto físico** - abuso sexual, verbal, telefonemas obscenos, exhibicionismo, voyerismo, enseñar al niño fotos o videos pornográficos y

fotografiar niños desnudos o en posiciones seductoras; b) ***abuso sexual con contacto físico*** – actos físico genitales, relaciones sexuales con penetración vaginal, tentativas de relaciones sexuales, caricias en los órganos genitales, masturbación sexo oral y penetración anal; c) ***prostitución de niños y adolescentes*** – esencialmente casos de explotación sexual con fines económicos.

Williams (2002) realizó una revisión de la literatura sobre los posibles efectos del abuso sexual. A corto plazo pueden presentarse problemas como: comportamiento sexualizado, ansiedad, depresión, quejas somáticas, agresión, comportamientos regresivos (enuresis, encopresis, berrinches, llanto) comportamientos auto-lesivos, problemas escolares entre otros. A largo plazo existe riesgo de depresión ansiedad, prostitución, problemas de relacionamiento sexual, promiscuidad, abuso de sustancias, ideas suicidas, entre otros. Azevedo y Guerra (1989), también encontraron efectos similares a corto y largo plazo, como consecuencia del abuso sexual.

Entre los factores que influyen en el pronóstico de los casos de abuso sexual infantil se pueden destacar, según Williams (2002), la proximidad del agresor en relación a la víctima (los casos de incesto son los más graves), el número de agresores, la intensidad de la violencia empleada (cuanto mayor, peor pronóstico), la topografía del acto sexual en si (habiendo penetración oral, vaginal o anal los resultados son más graves que sin penetración), la duración del abuso (cuanto más largo, mayores las dificultades), la frecuencia y apoyo dado por el miembro no agresor (por regla general la madre de la víctima).

En lo que se refiere a los síntomas presentados en un niño que sufre abuso sexual, Caminha (1999) destaca que los estudiosos del área parecen haber llegado a un consenso, pero educadores, consejeros tutelares y profesionales de la salud, aún no están capacitados para identificar el fenómeno de la violencia infantil y tampoco para lidiar con ello. Padilha (2002) afirma que la peculiaridad del abuso sexual reside en el hecho, de no haber, muchas veces, de su ocurrencia y por la creencia errónea del abusador al argumentar que no obligo al niño hacer nada.

Barnett (1997) enfatiza cuatro factores de riesgo que están asociados a la ocurrencia del abuso infantil crónico y la negligencia: pobreza, historia,

personalidad de los padres y habilidades de los mismos. La pobreza destaca por incluir todo un ambiente de estrés generando problemas situacionales que comprobadamente comprometen el desarrollo. Guralnick (1998) que tal estado es un estresor frecuentemente asociado a consecuencias serias y globales para el desarrollo del niño.

En relación a la historia de los padres, Barnett (1997) destaca datos como: 30% de los niños maltratados ejercerán violencia o negligencia sobre sus propios hijos en el futuro, ya que el 70% de los padres abusivos fueron maltratados durante su infancia. También es importante destacar los factores asociados al embarazo con el aumento de riesgo de malos tratos, como el embarazo en padres adolescentes sin apoyo social, embarazo no planeado y/o no deseado, embarazo de riesgo, depresión en el embarazo, y falta de cuidados pre-natales, así como múltiples compañeros, expectativas demasiado altas y/o irreales en relación al niño y prostitución.

En lo referente a la personalidad de los padres, Barnett (1997) afirma que la mayoría de los padres poseen características que pueden perjudicar a sus hijos, en tanto, la mayoría no permite que esas características interfieran en los cuidados destinados a ellos. El autor también destaca que las investigaciones apuntan al egocentrismo y la inmadurez de los padres que maltratan particularmente en lo que respecta al entendimiento de su papel de cuidadores. Finalmente, en lo que se refiere a las habilidades de los padres, Barnett (1997) sostienen que son menos positivos y brindan menos apoyo en la educación de sus hijos, siendo más hostiles, negativos y punitivos que los padres que no maltratan. Tales padres tienden a reaccionar más negativamente que los otros padres a desafíos como el llanto de un niño.

Aun dentro de la noción de riesgo, Guralnick (1998), apunta a los estresores que pueden afectar el desarrollo del niño; destacando a) **características interpersonales de los padres** – grado de depresión, nivel de educación, experiencias inter-generacionales aprendidas sobre habilidades parentales, incluyendo expectativas culturales; y b) **características no directamente relacionadas a alguna deficiencia del niño**, como calidad de la relación conyugal, el temperamento del niño y fuentes de apoyo disponibles incluyendo recursos y la red social de la familia.

Otros factores de riesgo para el desarrollo psicológico y social, citados por la literatura, son: **padres con deficiencia mental** (Aiello & Buonadio, 2003; Santos, 2001; Turnbull y Turnbull, 1990; Williams, 2003), **baja escolaridad de los padres, familias numerosas, ausencia de uno de los padres, depresión materna, abuso de drogas** (Barnett, 1997; Fox y Besson, 2003; Guralnick, 1998).

Según Gomide (2003), a fin de cumplir el papel de agentes de socialización de los hijos, los padres utilizan diversas estrategias y técnicas para orientar sus comportamientos denominados, por algunos autores, *prácticas educativas parentales*. Tales prácticas pueden desarrollar comportamientos prosociales como antisociales, dependiendo de la frecuencia e intensidad con la que la pareja parental aplica estas estrategias educativas. En su estudio sobre estilos parentales Gomide (2003) selecciono variables vinculadas al desarrollo del comportamiento antisocial, siendo las prácticas educativas negativas: a) negligencia – ausencia de atención y afecto; b) abuso físico y psicológico – disciplina por medio de prácticas corporales negativas, amenaza o chantaje de abandono o humillación; c) disciplina relajada – relajamiento de las reglas establecidas; punición inconsistente – padres que se orientan por el humor para punir o reforzar y no por el acto practicado: y d) monitorización negativa – exceso de instrucciones independientemente de su cumplimiento, o que genera un ambiente de convivencia hostil.

En lo que se refiere al involucramiento en actos delictuales, cabe destacar que los niños que inician precozmente comportamientos agresivos corren mayor riesgo de cometer delitos o abusar de drogas (Kumpfer y Alvarado, 2003). Los factores de riesgo para problemas como actos delictuales por jóvenes han sido objeto de estudio preocupados en identificar variables predictoras de este patrón. Reppord, Pacheco, Bardagi y Hutz (2002) destacan la revisión de la literatura de Loeber y Dishion (1983) que encontró cuatro principales predictores: prácticas parentales, presencia de problemas del comportamiento durante la infancia, existencia de comportamiento antisocial en algún miembro de la familia, y abandono o poca dedicación escolar (Gallo y Williams, 2005).

Silva y Hutz (2002) señalan al hecho de que el niño haya sido víctima de abuso (físico, sexual, psicológico y/o negligencia) como factor de riesgo para el surgimiento de actos delictuales, aumentando las posibilidades para la presentación de tal comportamiento. Kumpfer y Alvarado (2003) resaltan que la probabilidad de que el joven tenga problemas en su desarrollo se asocian a la presencia de factores de riesgo como: conflictos familiares, pérdida del vínculo padre-hijo, desorganización, prácticas parentales ineficaces, estresores y depresión parental.

En lo que se refiere a los comportamientos de riesgo realizados por los adolescentes, la Asociación Americana de Psicología, apunta: fumar, abuso de alcohol y/o drogas, relaciones sexuales, que pueden llevar al embarazo y enfermedades sexualmente transmisibles, abandono escolar, uso de armas, violencia sexual, peleas, etc. Fox y Benson (2003) resaltan la existencia de investigaciones destacando el papel de la comunidad, como estímulo influyente en el desarrollo del niño, pero tales efectos son complejos, no lineales, y mediados por el comportamiento parental y por los procesos familiares. Tales autores realizan un estudio relacionando parentales y el contexto de la relación con la comunidad, extrayendo como conclusiones que las familias con características positivas pueden ofrecer protección a sus niños de los riesgos de la comunidad, y familias de alto riesgo pueden encubrir las ventajas ofrecidas por una “buena” vecindad o barrio.

FACTORES DE PROTECCIÓN AL DESARROLLO INFANTIL

Garmezy (1985) clasifica los factores de protección en tres categorías, que serán discutidas en el presente capítulo: **a) atributos propios del niño** – actividades, autonomía, orientación social positiva, autoestima, preferencias, etc.; **b) características de la familia** – cohesión, afectividad y ausencia de discordia y negligencia, etc.; **c) fuentes de apoyo individual o institucional disponibles para el niño o la familia** – la relación del niño con los pares y con personas de fuera de la familia, apoyo cultural, atención individual de tipo médico o psicológico, religiosa, etc.

Según Bee (1995), la familia puede ser destacada como responsable del proceso de socialización del niño, por medio de la misma, el niño adquiere comportamientos, habilidades y valores apropiados y deseables para su

cultura. En ese contexto, la internalización de normas y reglas posibilitaran al niño un desempeño social más adaptado y la adquisición de autonomía.

Si la hostilidad y la negligencia parental contribuyen para el involucramiento de individuos con trastornos del comportamiento en grupos criminales, por otro lado, prácticas efectivas, un buen funcionamiento familiar, la existencia del vínculo afectivo, el apoyo y la monitorización parental son indicadores de factores protectores que reducen la probabilidad de los adolescentes de involucrarse en actos delictuales. De este modo, la familia puede ser identificada como un factor de riesgo o como factor de protección, dependiendo del estilo parental utilizado (Reppold et. al, 2002).

En el estudio anteriormente citado de Gomide (2003) sobre estilos parentales, además de prácticas educativas negativas, la autora menciona practicas educativas positivas que involucran: a) uso adecuado de la atención y distribución de privilegios, el adecuado establecimiento de reglas, la distribución continua y segura de afecto, la compañía y supervisión de las actividades escolares y de placer y; b) comportamiento moral que implica el desarrollo de empatía, del sentido de justicia, de responsabilidad, de trabajo, generosidad, en el conocimiento correcto o errado en cuanto al uso de drogas, alcohol y sexo seguro.

Guralnick (1998) señalo tres patrones que pueden ser identificados como esenciales en la interacción con la familia: la calidad de la interacción de los padres con el niño, la medida en que la familia provee al niño experiencias diversas y apropiadas con el ambiente físico y social a su alrededor; y el modo por el cual la familia garantiza la salud y la seguridad del niño, como por ejemplo, llevando al mismo para ser vacunado y proveyéndole una nutrición adecuada.

Según Kumpfer y Alvarado (2003), prácticas parentales efectivas se constituyen en el medio más poderoso para reducir problemas del comportamiento en adolescentes. Tales autores apuntan para investigaciones longitudinales, sugiriendo que los padres poseen un mayor impacto en los comportamientos de salud de los adolescentes, de lo que previamente se había supuesto. Los mismos autores resaltan que, a pesar de que la influencia de los pares puede ser la principal razón para que los adolescentes inicien comportamientos negativos, un análisis más cuidadoso señalo la

preocupación de los adolescentes con la desaprobación de los padres referente al uso de alcohol o drogas, para no usarlos.

Kumpfer y Alvarado (2003) destacan algunas investigaciones resaltando el ambiente familiar positivo como el principal factor para que los jóvenes no se involucren en comportamientos delictivos o comportamientos no saludables. Como ejemplo del ambiente familiar positivo, destacan: relación positiva entre padres e hijo, supervisión y disciplina consistentes, y comunicación de valores familiares.

La oportunidad del niño de interactuar con los pares y con otras personas de fuera de la familia, el grado de escolaridad materna, y su bajo nivel de depresión, estilos adecuados, buena calidad de interacción con la comunidad y una red social fuertemente establecida, se destacan como factores positivos que pueden proteger al niño de desarrollar comportamientos negativos (Holden et. al, 1998). Cabe también, resaltar que dentro del contexto familiar el niño no es simplemente un recipiente pasivo que recibe las influencias familiares, siendo un agente en las transacciones familiares (Holden et. al, 1998).

Rae-Grant, Thomas, Offord y Boyle (1989) identifican como factores de protección al niño: el temperamento positivo, la inteligencia encima de la media y la competencia social (realización académica, participación y competencia en actividades, la habilidad de relacionarse fácilmente, alta autoestima y sentido de eficacia). Como factores familiares favorables, los autores destacan el apoyo de los padres, la proximidad de la familia y un ambiente de reglas adecuado. Finalmente, como factores comunitarios, los autores destacan: las relaciones que el niño presenta con sus pares (fuera de la familia), con otros adultos significativos y con instituciones con las cuales se mantiene en contacto, entre otros.

Werner (1998) señala algunas características de los niños que consiguen lidiar de forma adecuada con las adversidades. Tales individuos poseen sentido de eficacia y auto-competencia, son socialmente más perceptivos que sus pares que consiguen lidiar con las adversidades, son capaces de despertar la atención positiva de otras personas, poseen habilidades de resolución de problemas y de solicitar ayuda de otras personas cuando es

necesario y poseen la creencia de que pueden influenciar positivamente en su ambiente.

La misma autora apunta, aún, como factor de protección el vínculo afectivo con un cuidador alternativo, como los abuelos o los hermanos. Tal persona se puede tornar en un apoyo importante en los momentos de estrés promoviendo, también, la competencia, la autonomía y la confianza de los niños. Werner (1998) destaca, también, la importancia de la seguridad y de la coherencia en la vida de esos niños, afirmando que las creencias religiosas (independientemente de la religión) ofertan la convicción de que sus vidas poseen un sentido y una sensación de arraigamiento y coherencia. Los amigos y la escuela, también, son citados como factores de protección importantes, en el sentido que proveen apoyo emocional, y los profesores pueden tornarse a ser un modelo positivo de identificación personal para un niño en riesgo (Werner, 1998).

La Asociación Americana de Psicología (APA) destaca factores que pueden ayudar a proteger personas jóvenes de problemas en el desarrollo, que incluso viven en condiciones adversas, tales como la pobreza. En este contexto la Asociación destaca la “**resiliencia**”, para referirse a la experimentación de buenos resultados, a pesar de serias amenazas al desarrollo saludable (Rutter, 1985).

La Asociación ejemplifica como factores asociados a la resiliencia: **a) relación positiva con al menos un adulto significativo** (pariente o no); **b) la existencia de una creencia religiosa o espiritual** (provee sentido de significado); **c) expectativa académica alta y realista, y el apoyo adecuado;** **d) ambiente familiar positivo** (límites claros, respeto por la autonomía del adolescente, etc.); **e) inteligencia emocional;** y **f) habilidad para lidiar con el estrés.**

La APA resalta que no son necesarios todos estos factores para que el adolescente se torne resiliente frente a la adversidad, pero una fuerte tendencia a la resiliencia ha sido asociada con poseer una mayor cantidad de factores de protección.

Según Hughes et al. (2001), los investigadores han estudiado a niños resilientes desde hace veinte años, niños provenientes de situaciones adversas que viven bajo condiciones de pobreza, con trastorno parental,

niños nacidos con bajo peso o prematuros, niños sin hogar y niños cuyos padres se divorciaron. Pero, no hay, según los autores, investigaciones de resiliencia en niños expuestos a violencia doméstica.

Para los autores, los factores de protección asociados a la derrota de la adversidad por niños expuestos a la violencia doméstica, incluyen particularidades del niño, de los padres y del ambiente. Como una característica del niño asociada a bajos riesgos de resultados negativos, se puede destacar la edad como encima de los cinco años. Como factores parentales para proteger a los niños que viven en familias que experimentan violencia doméstica destacan: la competencia parental y la salud mental de la madre. Finalmente, como factores de protección asociados a un amplio contexto ambiental se destacan: validez y fuerza del apoyo social (Hughes et al., 2001).

Para Kumpfer y Alvarado (2003), los mecanismos familiares de protección y el proceso de resiliencia individual deben ser direccionados para reducir los factores de riesgo familiares. Como principales factores de protección familiares para promover comportamientos adolescentes familiares, los autores señalan: **una relación positiva entre padres e hijo, un método positivo de disciplina, monitorización y supervisión, comunicación de valores y expectativas pro-sociales y saludables**. Según tales autores, las investigaciones en resiliencia sugieren como principales factores de protección: el apoyo parental apoyando a los niños a desarrollar sueños, objetivos y propuestas de vida.

Una revisión realizada por Kumpfer y Alvarado (2003), sobre los programas de entrenamiento en habilidades familiares y de terapia familiar breve en programas de prevención para adolescentes de alto riesgo y sus jóvenes pares, concluyó que tales métodos eran eficaces en la reducción de problemas con adolescentes, en base a la promoción de la supervisión familiar y la monitorización, en la facilitación de la comunicación efectiva de expectativas, normas y valores familiares, y en la promoción del tiempo que la familia junta para incrementar el vínculo y reducir la influencia inadecuada de los pares.

CONCLUSIÓN

Se puede destacar la vasta literatura existente en torno a los factores de riesgo para el desarrollo infantil. Pero, se hace necesario, que los profesionales que actúan con la niñez y la adolescencia, conozcan cada uno de estos factores, minimizando creencias que puedan contradecir la identificación de tal riesgo, en la medida que sean concientizados de su importancia, podrán intervenir como potenciales analistas y puedan denunciarlos, teniendo como objetivo el bienestar del niño o el adolescente. Dentro de tales profesionales, se puede destacar a: médicos, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, asistentes sociales, profesores o responsables de la atención de la salud y enseñanza, entre otros.

En este contexto, se destaca el papel sin par del Consejero Tutelar, profesional responsable por recibir las notificaciones de casos en los cuales hay sospecha o confirmación de malos tratos contra los niños o adolescentes. Tal profesional debe estar habilitado para identificar los riesgos a los cuales los niños o adolescentes puedan estar expuestos y los factores de protección existentes en ese contexto, y así ejecutar su función, aplicando medidas de protección cabales.

Según la Secretaria de Promoción Social de la Provincia de Ontario, en Canadá (*Ontario Ministry of Community and Social Services, 2001*), los profesionales que cuidan del bienestar del niño, pueden ser guiados en la formulación de cuestiones relevantes en cuanto estrategias de protección para el niño. Tal fuente afirma la necesidad de que tales profesionales identifiquen los puntos fuertes, las debilidades y las habilidades de todos los miembros de la familia para proteger de modo eficaz a sus niños. En lo que se refiere a los recursos del niño para auto-protegerse, la Secretaría señala que, a fin de evaluar los recursos de la comunidad para promover la seguridad de los niños, los profesionales deberían estar atentos a los soportes, como apoyo cultural, tratamiento accesible para el abuso de sustancias, un sistema de salud, servicios de bienestar social, incluyendo consejería y apoyo.

En lo que se refiere, más específicamente sobre factores de protección para el desarrollo infantil, es importante enfatizar su importancia, bien como la necesidad de que los estudios sobre el desarrollo infantil puedan incluirlos

con la misma atención que a los factores de riesgo, y vislumbrando la resiliencia.

Es imperativo que las intervenciones no se focalicen solamente en los factores de riesgo presentes en la vida de los niños y sus familias, sino también incluir sus competencias y recursos informales presentes en la vida de las personas, competencias que pueden ser utilizadas para promover el repertorio de habilidades en la resolución de problemas e incremento de la autoestima.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aiello, A.L.R., & Buonadio, M.C. (2003). Mães con deficiência mental: O retrato de uma população esquecida. Em: M.C. Marquezine, M.A. Almeida, S.Omote, & E.D.O. Tanaka (org.) O papel da família junto a portador de necessidades especiais (Coleção perspectivas multidisciplinares em Educação Especial, v. 6). (pp. 131-146) Londrina: Eduel.
2. Aiello, A.L.R., & Williams L.C.A. (2000) O Papel do Inventario Portage Operacionalização em Programas de Educação Precoce: Anais dos 39 Encontros das APAES do Paraná. Educação Especial: para ser e compreender, v. 1, (22-35) Bela Vista do Paraná.
3. American Academy of Pediatrics (2000). The psychocological maltreatment of children technical report. Pediatrics 109 (4), 1-3.
4. American Psychiatric Association (2000) Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (4.ed.). Ed. Masson. Barcelona.
5. Azevedo M.A. & Guerra V.N.A. (1989) Crianças vitimizadas: O Síndrome do Pequeno Poder. São Paulo (Iglu).
6. Azevedo M.A. & Guerra V.N.A. (1995) A violência domestica na infância y na adolescência. Sao Paulo. Robe Editora.

7. Bandura A. (1976). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
8. Barnett D. (1997). The effects of early intervention on maltreating parents and their children. In: M.J. Guralnick. *The effectiveness of early intervention*. (147-170). Baltimore: Paul Brookes.
9. Bee H.L. (1995) *The developing child*. (7ed) New York Harper Collins Publishing.
10. Brancalhone P.G. & Williams L.C.A. (2003). Crianças expostas à violência conjugal: uma revisão de área. Em: M.C. Marquezine, M.A. Almeida, S.Omote, & E.D.O. Tanaka (org.) *O papel da família junto a portador de necessidades especiais (Coleção perspectivas multidisciplinares em Educação Especial, v. 6)*. (pp. 123-130) Londrina: Eduel.
11. Brancalhone P.G. Fogo J.C.A. & Williams, L.C.A. (2004) Crianças expostas à violência conjugal: avaliação do desempenho acadêmico. *Psicologia teoria e pesquisa*, 20(2), 113-117.
12. Brino R.F., & Williams L.C.A. (2003a). Concepções da professora acerca do abuso sexual infantil. *Cadernos de Pesquisa*, 119, 113-128.
13. Brino R.F. & Williams L.C.A. (2006). Brazilian teachers as agents to prevent child sexual abuse: An intervention assessment. In: D. Daro. *World Perspectives on Child Abuse (7ma Ed)*. (Pp.75-78) Chicago: ISPCAN – International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.
14. Caminha, R.M. (1999). A violência e seus danos a crianças e ao adolescente. In: AMENCAR (Org.). *Violencia doméstica* (pp.43-60) Brasília UNICEF.
15. Cardoso, L.C. (2001) *Impacto da violência domestica sobre a saúde mental das crianças*. Universidade Federal de São Carlos.
16. Deslandes, S.F. (1994) *Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ/ENSP/CLAVES.
17. Fox, G.L. & Benson M.L. (2003). Children in violent households: risk and protective factors in family and neighborhood Contexts. II Congreso Internacional de Violencia en la Infancia y la Familia. Republica Checa.

18. Gallo, A.E. & Williams L.C.A. (2005) Adolescentes em conflito com a lei: uma revisão dos fatores de risco para conduta infracional. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7(1), 81-95.
19. Garmezy, N. (1985). Stress-resistant children: the research for protective factors. In: J.E. Stevenson (Org.). *Aspects of Current Child Psychiatry Research*. Oxford: Pergamon.
20. Gomide, P.I.C. (2003). Estilos parentais e comportamento antisocial. In: A. Del Prette & Z. Del Prette (Orgs.) *Habilidades sociais, desenvolvimientio e aprendizagem* (pp.21-60) Campinas: Alinea.
21. Guralnick, M.J. (1998). The effectiveness of early intervention for vulnerable children: a developmental perspective. *American Journal on Mental Retardation*, 102(4), 319-345.
22. Holden, G.W., Geffner R. & Jouriles E.N. (1998) *Children exposed to marital violence: theory, research and applied issues*. Washington. American Psychological Association.
23. Hughes, H.M., Graham-Bermann, S.A. & Gruber G. (2001). Resilience in children exposed to domestical violence. In: S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (Orgs.) *Handbook of early childhood intervention*. (pp. 77-90) New York, Cambridge, University Press.
24. Koller, S.H. (1999) *Violencia doméstica: uma visao ecologica*. In: AMENCAR (Org.). *Violencia doméstica* (pp.32-42) Brasília UNICEF.
25. Kumpfer K.L. & Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problems behaviors. *Psychological Association*, 58 (6-7), 457-465.
26. Maldonado, D.P.A. & Williams L.C.A. (2005). O comportamento agressivo de crianças do sexo masculina na escola e sua relação com La violência domestica? *Psicologia em Estudo*, 10(3), 353-362.
27. Monteiro, L., Abreu, V.I., & Phebo L.B. (1997^a). *Maus tratos contra crianças e adolescentes: proteção e prevenção: guia de orientação para profissionais*. Petropolis: Autores & Agentes & Associados.
28. O Leary K.D. (2001). Psychological abuse: a variable deserving critical attention in domestic violence. In: K.D. O Leary & R.D.

- Maiuro Psychological abuse in violent domestic relations (PP-03-28). New York. Springer Publishing Group.
29. Ontario Ministry of Community and Social Services (2001). Women abuse: increased safe for abused women and their children. Ontario: Canadá.
 30. Padilha, M.G.S. (2002). Abuso sexual contra crianças e adolescentes: considerações sobre os fatores, antecedentes e sua importância na prevenção. Em: H.J Guilhard; P.P. Queiroz; M.B. Madi & A.C. Scoz (Orgs). Sobre comportamento ciência e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento. Vol. 10 (pp. 209-220). Santo André: ESETEC.
 31. Rae-Grant, N., Thomas B.E. Offord, D.R. & Boyle, M.H. (1989). Protective factors and the prevalence of behavior and emotional disorders in children and adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, (28)2, 262-268.
 32. Ramey C.T. & Ramey S.L. (1998). Early intervention and early experience. *American Psychologist*, 53, 109-120.
 33. Reppold, C.T., Pacheco, J, Bardagi, M., & Hutz, C. (2002). Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: um análise das praticas educativas e dos estilos parentais. Em: C.S. Hutz (Org.), Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção (pp.7-51) São Paulo, Casa do Psicólogo.
 34. Ruttler M. (1985). Resilience in the face of adversity. *British Journal of Psychiatry*, 147: 598-611.
 35. Silva, D.F.M., Hutz, C.S. (2002). Abuso infantil e comportamento delinqüente na adolescência: prevenção e intervenção. Em: C.S. Hutz, (Org.) Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção (pp.151-185) São Paulo, Casa do Psicólogo.
 36. Sinclair, D. (1985). *Understanding wife assault: a training manual for counselors and advocates*. Toronto: Ontario Publishing Group.

37. Turnbull, A.P. & Turnbull H.R. (1990). Families with abuse: families, professionals and exceptionality: a special partnership (pp.45-49). Ohio: Merrill Publishing Group.
38. Werner, E.E. (1998). Protective factors and individual resilience. In: S.J. Meisels & P. Shonkoff (Orgs.) Handbook of early childhood intervention. (pp. 97-116) New York, Cambridge, University Press.
39. Williams, L.C.A. (2002), Abuso sexual infantil. En: H.J. Guilhardi, M.B.B. Madi, P.P. Queiroz, M.C. Scoz (Org.) Sobre comportamento e cognicao: contribuicoes para a construcao da teoria do comportamento, Vol.10 (pp. 155-164). Santo Andre. ESETEC.
40. Windon, C.S. (1989). The cycle of violence. Science, 244, 160-166

Sección II

**TRASTORNOS DE LA
SALUD MENTAL DE
INICIO EN LA
TEMPRANA INFANCIA**



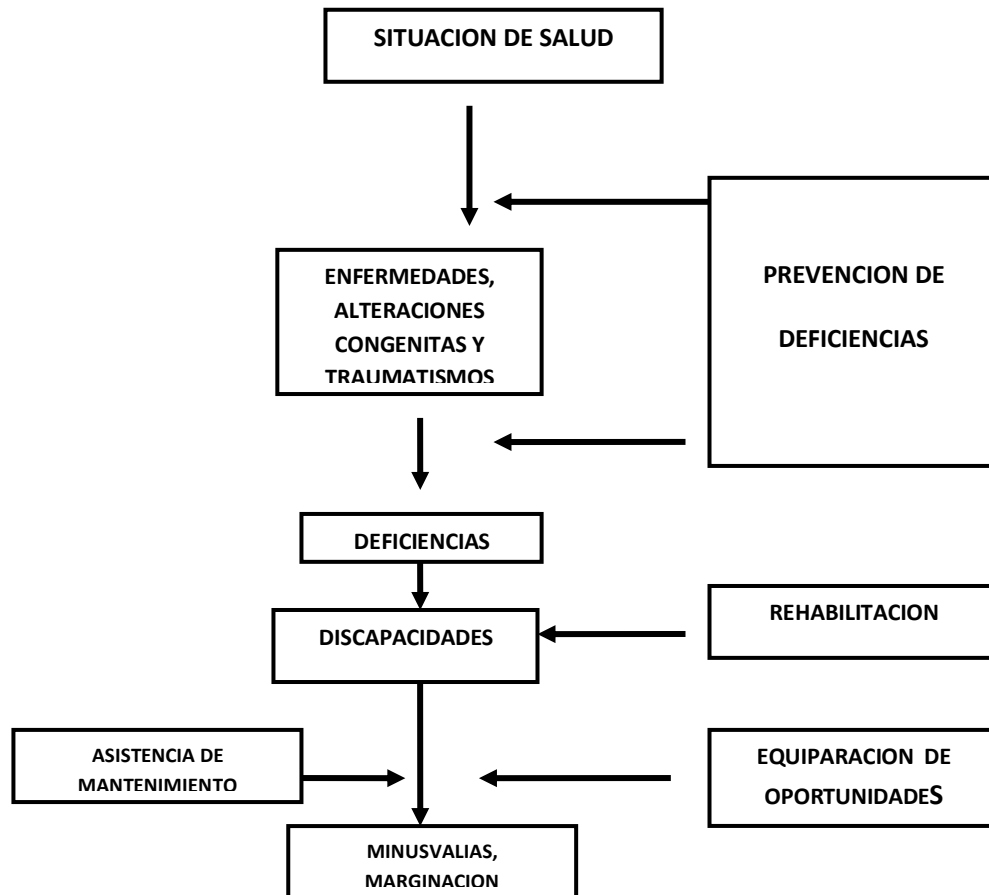
La condición en la que viven los niños y adolescentes es la definición de futuro que han adoptado las generaciones que hoy deciden...

**EL PROGRAMA NAR – PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A
RECIEN NACIDOS DE ALTO RIESGO
PSICONEUROSENSORIAL**

DR. ENRIQUE AGUILAR ZAMBRANO

DRA. MARIA OLIVIA COELLO

Demetrio Casado, 1992,¹ resume en el siguiente cuadro la posibilidad de prevenir las discapacidades: En este esquema las deficiencias se previenen en el periodo pre-perinatal, una vez establecidas las discapacidades, estas pueden ser sometidas a un proceso de Rehabilitación y mediante la asistencia de mantenimiento y la equiparación de oportunidades puede evitarse las minusvalías y la consiguiente marginación social.



¹ Casado Pérez, D.: Introducción a la Prevención de Deficiencias, en: Curso Sobre Prevención de Deficiencias. Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía, Madrid, 1992.

EL PROGRAMA NAR – PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A RECIEN NACIDOS DE ALTO RIESGO PSICONEUROSENSORIAL EN EL ECUADOR

De acuerdo al esquema que vimos anteriormente el programa NAR trata de hacer prevención de las discapacidades durante el periodo pre-perinatal. Este programa nació en 1991 en Ecuador, a raíz del regreso de los autores desde Sevilla, donde estudiamos un Máster en Deficiencia Mental y Trastornos del Aprendizaje.

HISTORIA

En 1991 pudimos observar durante nuestras prácticas en el Servicio de Maduración del Hospital Virgen Macarena de Sevilla el seguimiento neuromadurativo y la estimulación precoz que realizaban a niños con riesgo neuro-sensorial las profesionales de ese servicio, Inmaculada Ramos, Neuropediatra y Antonia Márquez, Psicóloga Clínica, respectivamente; eso nos inspiró a realizar nuestro trabajo final del Máster sobre ese tema y soñar en implementar unidades del mismo tipo en Ecuador. Lo logramos poco después gracias a la asesoría de las profesionales antes citadas, que desde ese momento hasta hoy se han preocupado de ayudarnos a instalar y desarrollar las unidades NAR del Ecuador, un breve recuento histórico de esta iniciativa es el siguiente:

- 1992-1993 Elaboración y presentación del Proyecto de Prevención Secundaria para niños de Alto riesgo psico-neuro-sensorial en la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía, España, para establecerlo como Programa Piloto en Ecuador.
- 1.994 Se canaliza el Proyecto a través del Consejo Nacional de Discapacidades CONADIS en el Hospital Enrique Garcés - Quito.
- 1995-1996 Elaboración y aprobación del proyecto ampliatorio a las ciudades de Guayaquil, Cuenca y Manta. En septiembre(1996) se canaliza el financiamiento a través de la AECI.
- 1997 Firma del Memorándum de Entendimiento entre el Ministerio de Salud Pública - Ecuador y la Junta de Andalucía – España.

- 1999 Visita del Sr. Consejero de Asuntos Sociales Don Isaías Pérez Saldaña y manifiesta su voluntad de ampliar el Memorando. El Dr. César Hermida Ministro de Salud (e) se compromete a asumir progresivamente el personal de las Unidades.
- 2000 Firman la Adenda al Memorandum de Entendimiento y creación de 2 Unidades: Esmeraldas y Tena.
- 2002 Segundo Premio en la categoría de discapacidades del II Concurso Ecuatoriano y I Concurso Latinoamericano de modalidades alternativas de atención a niños y niñas menores de seis años, en la convocatoria del Programa Nuestros Niños – Ministerio de Bienestar Social – Ecuador
- 2003 Premio Andalucía de Bienestar Social en la modalidad “Andalucía por la superación de las desigualdades” a la Dra. Inmaculada Ramos Sánchez, Asesora Técnica del Programa NAR, en la convocatoria: III Premios Andalucía de Bienestar Social y VII Premio Andaluz Gitano 2003 de la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía
- 2003 Marzo: Visita del Señor Consejero de Asuntos Sociales Don Isaías Pérez Saldaña, manifestó su deseo de seguir colaborando en nuevas áreas de acción social y el Dr. Francisco Andino Ministro de Salud por su parte ratificó el compromiso de cumplir con lo acordado.
- Noviembre: visitan el país el Señor Consejero de Presidencia Don Gaspar Zarrías Arévalo junto a Parlamentarios Andaluces, con el propósito de declarar al Ecuador país prioritario en la Cooperación Externa.
- 2004- El Programa NAR gana el Premio Reina Sofía a la Prevención de deficiencias, que lo recibimos en el Palacio de la Zarzuela en Abril del 2005
- 2004. A partir de este año las unidades NAR pasan a la administración del Ministerio de Salud.
- 2007- Un Trabajo de Investigación: El Programa NAR una iniciativa Iberoamericana para prevenir los Trastornos del Desarrollo y la

Discapacidad Intelectual recibe el Primer Premio Interpsiquis 2007, en el Congreso Psiquiatría.com.

Estos últimos tres años el programa NAR ha sido presentado en diferentes foros de países latinoamericanos: El Salvador, Costa Rica, Panamá y Uruguay, en este último país la experiencia se ha reproducido en varias unidades bajo el nombre de SERENAR, así nuestra experiencia está sirviendo de modelo para la implementación de una nueva forma de prevención que se ha demostrado eficaz, fácil de desarrollar y de bajo costo.

DESCRIPCION DEL PROGRAMA NAR

El programa NAR interviene básicamente en el momento en que se detecta algún riesgo psico-neuro-sensorial durante el periodo pre-perinatal del Recién Nacido, por lo tanto su misión se define de la siguiente manera:

MISION

- ***PREVENCION DE TRASTORNOS EN EL DESARROLLO INFANTIL Y DISCAPA CIDADES EN RECIEN NACIDOS / AS, QUE PRESENTAN ALTO RIESGO PSICO – NEURO – SENSORIAL EN SU NACIMIENTO.***

OBJETIVOS

El Programa tiene objetivos referidos a la Prevención primaria de las discapacidades, a su atención y rehabilitación, así como a la intervención con las familias de los niños, otros de sus objetivos tienen que ver con el trabajo académico y de formación del personal que trabaja con neonatos y niños en general, posibilitando que los mismos puedan elaborar tesis de grado y otros estudios de investigación con los datos del programa, en resumen estos objetivos son:

1. Sensibilizar a la comunidad en la importancia de prevenir discapacidades intelectuales, neurológicas y sensoriales
2. Atender oportunamente a los niños recién nacidos que presentan factores de Alto Riesgo Psico-neuro-sensorial, y realizar

estimulación precoz de los que presenten secuelas desde el nacimiento

3. Detectar la Prevalencia de los factores de alto riesgo psico-neuro-sensorial en el Ecuador
4. Capacitar a los profesionales de la salud infantil que se interesen en esta importante área de trabajo.

ESTRATEGIAS DE EJECUCIÓN

En el programa se definieron los riesgos Pre-perinatales, tomados de la Asociación Española de pediatría, los mismos que se detectan en los servicios de neonatología o de Pediatría de los Hospitales o Centros de Salud, para que una vez identificados los niños y las niñas sean referidos al programa NAR , estos riesgos son:

CONDICIONES PARA CONSIDERAR A UN RECIEN NACIDO SDE ALTO RIESGO NEUROLOGICO

1. Recién Nacido con peso menor al percentil 10 para su edad gestacional o con peso menor a 1500 gm. al nacer o edad gestacional menor de 32 semanas
2. APGAR menor de 3 al primer minuto o menor de 7 a los 5 minutos
3. Recién Nacido que ha precisado ventilación mecánica más de 24 horas
4. Hiperbilirubinemia grave: 20 mg% o más, tratada con exsanguíneo trasfusión en los 3 primeros días de vida.
5. Convulsiones neonatales
6. Sepsis, Meningitis o Encefalitis Neonatal
7. Signos de disfunción Neurológica persistente (Anomalías del tono, reflejos o del estado de conciencia; asimetrías, trastornos de la succión)
8. Hemorragia o daño cerebral evidenciado en Eco o TAC
9. Malformaciones del Sistema Nervioso Central
10. Hipotiroidismo, Fenilcetonuria y otras metabolopatías que afecten el desarrollo
11. Cromosopatías y otros síndromes dismórficos

12. Hijo de madre con enfermedad mental y/o infecciones y/o drogas que puedan afectar al feto
13. Recién nacido con hermano afecto de patología neurológica no aclarada o con riesgo de recurrencia
14. Hermano gemelo, si el otro reúne alguno de los criterios de inclusión
15. Siempre que el pediatra lo considere oportuno (éste último ítem se agregó con el fin de lograr la cooperación de todos los pediatras y que ningún niño escape al control).

CONDICIONES PARA CONSIDERAR A UN RECIEN NACIDO DE ALTO RIESGO SENSORIAL

1. Ventilación mecánica prolongada
2. Gran prematuridad
3. Hidrocefalia
4. Infección Congénita del S.N.C.
5. Patología Craneal detectada por Eco o TAC
6. Síndromes Malformativos con Compromiso Visual
7. Infecciones Postnatales del SNC.

CONDICIONES PARA RIESGO AUDITIVO

1. Hiperbilirubinemia mayor de 20 mg %
2. Gran prematuridad
3. Infecciones Congénitas del SNC
4. Ingesta de aminoglucósidos durante un periodo prolongado o niveles plasmáticos elevados durante el tratamiento
5. Antecedentes familiares de sordera
6. Síndromes malformativos con compromiso de la audición
7. Infecciones postnatales del SNC

PROCEDIMIENTOS EN EL PROGRAMA NAR

Prevención Primaria: Los equipos de prevención Primaria del Programa NAR realizaron eventos en todas las provincias especialmente con estudiantes secundarios, parejas de novios y padres de familia del programa, participaron más de cincuenta mil personas en estos cursos donde se

educaba sobre los riesgos del embarazo, los problemas genéticos, la alimentación de la madre. Uno de los resultados de esta labor fue la disminución de los casos de Espina Bífida entre los pacientes que acuden a los servicios de neonatología y del programa NAR.

Prevención Secundaria

Los/as niños/as son evaluados en Neuropediatría y Psicología en donde se recogen los datos necesarios en una detallada historia clínica, un protocolo neurológico estructurado y se aplican los test de Brunet Lezine para niños/as de 0 a 2 años y McKarty para mayores de 2 años. Estos controles se realizan en el primer año cada 3 meses y una vez al año hasta los 7 años de edad, en que los niños son integrados a las escuelas regulares o bien sus familias optan por una educación especial.

De existir una o más secuelas al nacimiento del niño/niña, es remitido/a al servicio de Estimulación Precoz en donde los terapeutas considerando el nivel de su desarrollo, más los datos obtenidos por Neuropediatría y Psicología, elaboran un programa individual de estimulación, este programa ha tenido tanto éxito en el país, que en la actualidad existen alrededor de 160 centros de estimulación, en otros tantos cantones del país, que siguen sus lineamientos.

Cabe destacar la importancia que tiene establecer el VÍNCULO AFECTIVO, entre el terapeuta de estimulación precoz y el niño y su familia, ya que solo así su colaboración será efectiva.

La periodicidad de la estimulación precoz se la establece de acuerdo al requerimiento de cada niño-niña. Las terapias se realizan en presencia de sus padres o algún familiar, ya que estas personas reciben instrucciones para realizar los ejercicios en su casa.

CONTROL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR



CONTROL NEUROPEDIÁTRICO



ESTIMULACIÓN PRECOZ



Es importante continuar los controles aun cuando el niño no tenga secuelas, pues estas pueden aparecer más tarde durante el proceso del desarrollo, algunos de los signos que suelen encontrar los pediatras, no son considerados importantes, veamos aquellos que no podemos dejar pasar por su trascendencia:

SIGNOS DE ALERTA EN EL DESARROLLO INFANTIL

AL NACIMIENTO:

- Llanto débil u ocasional
- Pocos movimientos
- Muy rígido (a), muy flojito (a)
- No duerme
- No lacta
- No responde a ruidos ni a la voz de su madre
- Convulsiones

A LOS 3 MESES DE EDAD:

- No responde a una sonrisa
- No sigue objetos o personas con la mirada
- No se interesa en su madre
- No sostiene la cabeza
- Continúa con puños cerrados y muy rígido
- Permanece muy flojo (a) o muy rígido (a)
- Muy irritable

A LOS SEIS MESES:

- No extiende los brazos para que lo (la) cojan
- Rigidez de brazos y piernas: cuello y cuerpo flojos
- No se sienta con apoyo
- Sentado con apoyo no sostiene la cabeza
- Sueño irregular, intranquilo
- No coge ni juega con los juguetes que corresponden a su edad

A LOS 9 MESES DE EDAD

- Rigidez de piernas
- Flojo (a) de cuerpo
- No coge juguetes ni juega con sus manos
- Ausencia de balbuceo: “MA BA TA”
- No se sienta
- A LOS 12 MESES DE EDAD:
- No se sostiene de pie
- No responde a caricias
- No dice “mamá, papá,”

A LOS 18 MESES DE EDAD:

- No camina
- No dice palabras (8 a 10) con significado
- No atiende por mucho tiempo, cambia de actividad continuamente
- No imita juegos

A LOS 24 MESES DE EDAD:

- No colabora en su alimentación ni en el vestirse
- No cumple órdenes sencillas
- No une dos palabras
- Babeo constante

A CUALQUIER EDAD:

- Cabeza muy grande o muy pequeña
- Movimientos anormales de ojos, manos, cabeza
- Anormalidades físicas
- Convulsiones
- No escucha, no sigue con la mirada.

INVESTIGACIÓN

Se elaboró una base de datos con todas las variables que se controlan en el programa y se estudió la evolución de 1335 niños y niñas, comparando algunos de los riesgos con los resultados del seguimiento, es decir el

coeficiente de desarrollo obtenido al final de cada periodo de control, a los 6, 12, 24 y 36 meses.

CONCLUSIONES

Se logró las siguientes conclusiones referidas en especial al tipo de riesgo de los niños, a su prevalencia y su relación con la afectación del coeficiente de desarrollo:

RIESGOS DE ALTA PREVALENCIA Y BAJA AFECTACIÓN SOBRE EL DESARROLLO:

1. Índice de peso por edad gestacional, esta característica la estudiamos en niños pretérminos de bajo peso
2. Apgar menor de 3 al primer minuto y de 7 a los 5 minutos
3. Hiperbilirubinemia

RIESGOS DE ALTA PREVALENCIA Y GRAN AFECTACION SOBRE EL DESDARROLLO:

1. Sepsis, Meningoencefalitis
2. Patología Neurológica al nacimiento
3. Crisis Convulsivas neonatales

RIESGOS DE BAJA PREVALENCIA Y ESCASA REPERCUSION SOBRE EL DESARROLLO:

1. Macrocefalia
2. Espina Bífida
3. Consumo de alcohol y/o drogas en las madres

RIESGOS DE BAJA PREVALENCIA Y GRAN REPERCUSION SOBRE EL DESARROLLO:

1. Hemorragia Intracraneal
2. Microcefalia Vera
3. Cromosomopatías

FACTORES DE PROTECCION:

- Definitivamente la educación de la madre constituye uno de los más importantes factores de protección identificados en nuestro estudio, pues el coeficiente de desarrollo (CD) de los hijos de madres con educación universitaria completa es significativamente más alto que el de los niños de madre con educación primaria completa.

BIBLIOGRAFIA

1. Casado Pérez, D.: Introducción a la Prevención de Deficiencias, en: Curso Sobre Prevención de Deficiencias. Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía, Madrid, 1992.
2. Aguilar, E. et al.: Niños que nacen con riesgo, Conadis, Quito, 1995
3. Aguilar, E.: Alcohol and Drug Dependence in parents of high risk children and sequels, NIDA, Washington D.C. 2000
4. Fernández Carrocera. Et al.: El Neurodesarrollo a los dos años de vida de neonatos tratados en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Rev. Panamericana de Salud Pública 5(1) 29-35.1999
5. Ramos Sánchez, Márquez Luque, A.: El Pediatra y la atención Integral al niño con deficiencias físicas y psíquicas. Pediatría Integral 2001; 6(2): 137-151
6. Ramos Sánchez I, Márquez Luque A.: Seguimiento Neuroevolutivo de recién nacidos de riesgo. Vox Paediatrica, 7.1(9) : 91-97 1999
7. Ramos Sánchez, Márquez Luque A., LLuch Fernández, D.: Prevención Primaria de las deficiencias motoras, En: Prevención, Atención y Seguimiento de Niños de riesgo o con lesiones establecidas. Ruiz Extremera A. Robles C. Ed. Comares, Granada, 1997

**PATOLOGÍA DEL APEGO
DE LA INFANCIA A LA VIDA ADULTA**

DR. ROBERTO CHASKEL

DR. FRANCISCO B. ASSUMPÇÃO JR.

DRA. ADRIANA VARGAS RUEDA

INTRODUCCIÓN

Gran parte de nuestras conductas y mecanismos psíquicos pueden ser considerados a partir de una visión evolucionista que nos permite pensar que ellos se desarrollaron, a lo largo de millones de años, con finalidad adaptativa y relacionada a la supervivencia de la propia especie. Seguramente, muchas de esas características son, inclusive, comunes a otras especies de primates, probablemente originarias de mecanismos adaptativos a los cambios ambientales.

De esta manera, tenemos que pensar que en los primordios de la especie ésta se relacionaba con un ambiente hostil, belicoso, nómada y con una prole extremadamente frágil, que dependía de mucha protección y cuidado hasta lograr establecerse y mantenerse sola.

Del punto de vista de la naturaleza, la descendencia es extremadamente vulnerable ya que depende de un único óvulo, de un período de gestación prolongado, de la necesidad total de cuidado, pues, al principio, es totalmente dependiente en lo referente a la alimentación, protección física y seguridad física y emocional - todas fundamentales para su desarrollo posterior.

Por estos motivos, tendríamos que pensarla, primitivamente, dentro de un ambiente de constante miedo y peligro y así, cualquier conducta que implique una ventaja evolutiva es reforzada por la selección de determinantes genéticos de tal conducta (Efecto Baldwin), siendo el comportamiento el marcapaso de esta evolución.

Siendo así, estas conductas tuvieron que permitir ventajas en relación a la preservación de la especie y a la reproducción, pero, sin embargo, dependían de varios factores tales como conquistar y mantener mejores territorios, resolver la rivalidad entre hermanos, cuidar de la prole, interactuar con la familia y también con el resto de la población.

Además, considerándose la conducta post natal, el recién nacido humano sólo puede contar con las informaciones contenidas en su ADN, lo cual la hace extremadamente frágil. Lo que el bebé aprende en su corta vida es limitado y sólo ocurre con mayor intensidad cuando los padres tienen un contacto prolongado con él.

Sin embargo, el proceso evolutivo humano permitió transmitir las informaciones a través de las generaciones, para agregar lo que se aprende con los padres a la herencia genética. Esta transmisión de informaciones se perfeccionó con el desarrollo del lenguaje.

De este modo, la inversión de los padres se origina del propio proceso evolutivo y es consecuencia marcada de la inmadurez del bebe humano, comparándolo con crías de primates no humanos, como también de la baja eficiencia reproductiva de la especie.

Se desarrolla así un altruismo en beneficio de la prole, apoyado por la selección natural a favor del aumento del bienestar y de las oportunidades de supervivencia de esa prole y, en consecuencia, del propio genotipo parental.

Posteriormente, surge un tratamiento preferencial a los parientes próximos (selección de parentesco), también favorecido por la selección natural, puesto que privilegia genotipos similares y la propia inclusión adaptativa.

Como un paso posterior en el proceso evolutivo, podemos observar un altruismo entre miembros del mismo grupo social, resultando en una familia extensa con “inmigrantes” que parecen ser favorecidos por la selección natural, aunque no se sepa si estos sentimientos de amistad y cooperación son directamente proporcionales al grado de parentesco, pues la ayuda mutua refuerza la cohesión grupal por medio de la retribución de favores. Finalmente surgen comportamientos altruistas con respecto a extraños, muchos más raros, ya que grupos distintos compiten entre sí. Es, por ese motivo, un comportamiento ético, derivado del proceso civilizador y no lo produce automáticamente la evolución, sino la cultura.

Debido a estos mecanismos de supervivencia y de adaptación, tal vez podamos pensar que el surgimiento de los mecanismos de vínculos (“attachment”) fue una eventual respuesta a los riesgos y peligros que un ambiente hostil y primitivo presentaba para la cría humana, ya que este comportamiento agregaba estrategias que promoverían mayor probabilidad de supervivencia en determinados nichos ecológicos (Balnerbie, 2010). Los propios rasgos infantiles señalarían inmediatamente la vulnerabilidad y la necesidad de cuidados (Lopes, 2009). De este modo, el propio proceso evolutivo habría proporcionado la continuidad de este tipo de comportamiento, puesto que favorecería la continuidad de la descendencia y la permanencia de eventuales genes responsables por ella, permitiendo que las experiencias ocurridas precozmente propiciasen la manifestación de conductas que, posteriormente, seleccionaría individuos semejantes y, así, facilitarían ambientes que anticiparían dificultades. Por otro lado, una prole frágil y de difícil desarrollo sufriría en un ambiente hostil, si fuese allí abandonada.

Si consideramos que el tema del altruismo se va tornando cada vez más raro (en la propia historia humana) cuando nos alejamos de los vínculos de consanguinidad y cooperación, podemos afirmar que los sistemas de adopción no fueron muy frecuentes en nuestra historia. Son un fenómeno eventual en otras especies y más frecuentes solamente en nuestra historia más reciente (Balnerbie, 2010), ya que parece estar relacionado al desarrollo de estructuras éticas y morales.

Por este motivo, el tema de los vínculos iniciales establecidos por el niño con los responsables por su cuidado parece ser fundamental en lo referente a su supervivencia si pensamos de un punto de vista evolutivo, pues los vínculos iniciales de la vida constituyen la base de muchas de las relaciones sociales posteriores, por lo que su desarrollo adecuado tiene una función crucial en el mantenimiento del equilibrio emocional a través de la formación temprana de la estructura de la propia personalidad. Por lo tanto es importante el conocimiento de la teoría del apego y su dinámica para el entendimiento de los modelos de la formación de la personalidad y su correlación con los estados patológicos.

Esto ocurre porque el cuidado paternal raramente tiene lugar entre mamíferos. Es uno de los principales factores que determinan el apareamiento, lo cual incluye la construcción de nidos, alimentación, defensa y transporte de crías, y está fuertemente relacionado a la monogamia.

Considerándose que el hombre es un ser gregario - con comportamientos relacionados a la reproducción y sociabilidad con sus semejantes, establecidos a partir de sistemas de reglas dependientes de habilidades mentales específicas, tales como el conocimiento social del otro y la capacidad de deducir sus estados mentales - la construcción de redes de información que contengan estos sistemas simbólicos específicos dependerá, en última instancia, de experiencias previas que determinen una mayor eficacia en los comportamientos sociales, establecidas a partir de redes de conexiones estructuradas antes del propio nacimiento, como también de otras constituidas precozmente (Assumpção, 2009). Debido a esta importancia relacionada a la propia supervivencia de la especie y también del individuo, nos parece fundamental el estudio de las conductas de apego, además de sus trastornos.

DESARROLLO DE LAS TEORÍAS DEL APEGO

La teoría del apego constituye una de las construcciones teóricas más sólidas dentro del campo del desarrollo socio-emocional. Desde sus planteamientos iniciales, hasta hoy, esta teoría ha experimentado importantes modificaciones y ha ido recogiendo las críticas y los aportes de distintos investigadores, que la han dotado de una solidez considerable.

La importancia de las relaciones tempranas en el niño empezó a reconocerse desde el siglo XIII, cuando el emperador romano Federico II realizó un experimento, en el que organizó un grupo de niños que aisló de las interacciones sociales. Sus hallazgos evidenciaron el devastador efecto social y emocional que esto trajo en los niños.

Posteriormente entre el siglo XVII y XVIII John Locke argumentó en sus estudios que la mente del niño es un elemento biológicamente diseñado para crear una persona con una única personalidad. Jean Jacques Rousseau

agregó que durante la formación de la personalidad el papel de los padres es determinante.

El surgimiento propio de la teoría del apego puede considerarse como uno de los hitos fundamentales de la psicología contemporánea. Alejándose de los planteamientos teóricos psicoanalíticos, que habían considerado que el estrecho vínculo afectivo que se establecía entre el bebé y su madre era un *amor interesado* que surgía a partir de las experiencias de alimentación con la madre. John Bowlby (1907-1991) elaboró una consistente teoría en el marco de la etología. No obstante, a pesar de mostrar una indudable orientación etológica al considerar el apego entre madre e hijo como una conducta instintiva con un claro valor adaptativo, su concepción de la conducta instintiva iba más allá.

Basándose en la teoría de los sistemas de control, Bowlby (1969) planteó que la conducta instintiva no es una pauta fija de comportamiento que se reproduce siempre de la misma forma ante una determinada estimulación, sino un plan programado con corrección de objetivos en función de la retroalimentación, que se adapta y se modifica según las condiciones ambientales. El modelo propuesto por Bowlby se basaba en la existencia de cuatro sistemas de conductas relacionados entre sí: el sistema de conductas de apego, el sistema de exploración, el sistema de miedo a los extraños y el sistema afiliativo.

El sistema de conductas de apego se refiere a todas aquellas conductas que están al servicio del mantenimiento de la proximidad y el contacto con las figuras de apego (sonrisas, lloros, contactos táctiles, etc.). Se trata de conductas que se activan cuando aumenta la distancia con la figura de apego o cuando se perciben señales de amenazas, poniéndose en marcha para restablecer la proximidad. El sistema de exploración está en estrecha relación con el anterior, ya que muestra una cierta incompatibilidad: cuando se activan las conductas de apego, disminuye la exploración del entorno. El sistema de miedo a los extraños muestra también su relación con los anteriores, ya que su aparición supone la disminución de las conductas exploratorias y el aumento de las conductas de apego. Por último, y en cierta contradicción con el miedo a los extraños, el sistema afiliativo se refiere al interés que muestran los individuos por mantener proximidad e interactuar

con otros sujetos, incluso con aquellos con quienes no se han establecido vínculos afectivos.

Hacia 1944 Bowlby realizó un estudio retrospectivo con 44 delincuentes juveniles, donde observó que el 40% había presentado separaciones prolongadas de sus cuidadores entre los 6 meses a 5 años de edad y el 70% presentaban un tipo particular de personalidad caracterizada por ser exenta de ternura y sociabilidad, con conductas de desapego, indiferencia y sin respaldo afectivo, además de ser poco reactivos al castigo. Con sus hallazgos concluye que las relaciones tempranas alteradas constituyen un importante factor en la génesis de la enfermedad mental y su ausencia daría lugar a fenómenos psicológicos como la “exclusión defensiva” y la “autonomía compulsiva” que actuarían como procesos adaptativos ante el trauma de la separación. Sus hallazgos lo llevan a plantear que la disrupción de la relación madre-hijo es un precursor para posterior psicopatología.

En 1946 Bowlby describe (junto con J Robertson) las características conductuales y afectivas de los niños frente a la separación de su cuidador:

1. **Fase de Protesta:** entre las primeras horas a la primera semana y se caracteriza por llanto persistente, gritos y miedo y lucha por el reestablecimiento de la proximidad con su cuidador.
2. **Fase de Desesperación:** Se da si continúa la separación y se caracteriza por una desesperanza por el retorno del cuidador, con pérdida del interés por el medio, aparición de problemas psicosomáticos, llanto intermitente, disminución de los movimientos activos y aislamiento del medio.
3. **Fase de Desapego:** fase final que se caracteriza por abandono de las conductas de búsqueda y apatía con el retorno del cuidador. Más adelante Bowlby cambia el nombre a esta fase por “Fase de Reorganización” ya que sus observaciones demuestran como según el caso individual del infante, algunos pueden reorganizarse con la pérdida y continuar su proceso sin muchas dificultades; esto especialmente asociado a la presencia de un nuevo cuidador.

Finalmente, describe este sistema de apego como una homeostasis que se activa principalmente por estímulos relacionados con las condiciones del niño como el hambre, la fatiga o el dolor y con las condiciones del medio,

como la presencia de estímulos amenazantes y conductas de la madre como ausencia, evitación o rechazo del niño.

Posteriormente señala la existencia de cuatro etapas en el desarrollo del apego (como vemos en el cuadro 1):

1. **Fase de Pre-apego** (antes 2 meses): El niño presenta conductas diferenciadas según las personas;
2. **Fase de Apego en construcción** (2 a 7 meses): El niño comienza a diferenciar a las personas;
3. **Fase de Apego** (a partir de los 7 meses): En esta fase la separación del cuidador produce síntomas de ansiedad. La madre para el niño se presenta como una figura total;
4. **Pertenencia ajustada** (de los 3 a 4 años): El niño intenta influir sobre la figura de apego para obtener ciertos privilegios y empieza la aparición de la del otro.

CUADRO 1 – EVOLUCIÓN DEL APEGO

	Nacimiento a 2 meses	De 2 a 7 meses	De 7 a 12 meses	De 12 a 18 meses	Después de los 18 meses
C A R A C T E R I S T I C A S	Limitado a la discriminación	Discriminación con preferencia limitada	Prioridad a la figura de apego	Base Segura	Relaciones con los pares
F A S E S A P E G O	Las expresiones de preferencia del niño son limitadas al oído y al olfato	El infante diferencia entre los distintos patrones de interacción y puede sentirse más cómodo con su cuidador primario.	Demuestra clara preferencia por un pequeño número de cuidadores adultos, protestando con la separación y la presencia de extraños.	Usa las figuras de apego como base segura, explora el medio externo y al sentirse amenazado busca la proximidad de su cuidador.	Balance entre el funcionamiento autónomo y la dependencia del cuidador.

Posteriormente en la mitad del siglo XX con la práctica común de la institucionalización de niños en orfanatos, se provee una mayor evidencia de los efectos negativos de la “Deprivación Materna”. Estos efectos eran evidenciados por los pediatras como una mayor frecuencia de morbilidad y mortalidad en institucionalizaciones muy prolongadas.

Basado en estos hallazgos, René Spitz observa el papel fundamental de las emociones en el establecimiento de lazos afectivos entre el adulto y el niño, definiendo “la sonrisa”, “la ansiedad ante el extraño” y “la negación”, las principales expresiones en el niño y considerándolas como organizadores del desarrollo afectivo del niño y como hitos de su evolución emocional.

La **sonrisa**, que es el primer organizador, aparece alrededor del primer mes de vida en estado de vigilia y se vuelve cada vez más selectiva con respecto a los estímulos que la producen, siempre en contextos sociales. Según Spitz los niños no aprenden a sonreír, sino a identificar rasgos de la cara de su cuidador, siendo el estímulo más determinante el rostro humano.

El segundo organizador, la **ansiedad ante el extraño**, tiene una manifestación variada en cada niño, tanto en la edad de aparición como en el grado. Spitz señala que es debido al desarrollo de la memoria de evocación y por un proceso de inferencia rudimentaria, en el que el infante compara la representación interna de su cuidador con el desconocido. Por otro lado, a raíz de los estudios realizados con niños institucionalizados, también se sabe que su manifestación depende de la calidad de la relación entre el niño y su cuidador.

La **ansiedad de separación** aparece entre el sexto y octavo mes de vida, y se caracteriza porque los niños comienzan a protestar cuando se les separa de los padres. Según sus hallazgos, Spitz define que son 3 las principales respuestas dependiendo del tiempo de separaciones:

1. **Desesperación:** Esta respuesta la evidenció en niños con una duración inferior a 15 días de separación, por ejemplo por ser hospitalizado. Es una reacción de inconformismo y protesta por la separación que se puede manifestar con trastornos de la alimentación y en la relación con los demás como llanto y rechazo de caricias y juguetes.
2. La **ambivalencia:** Era evidente cuando la separación superaba el mes, y supone la progresiva aceptación de los ofrecimientos de los adultos de su entorno. Cuando reaparece la figura de apego se muestran esquivos y distantes, como protesta durante pocas horas.
3. El **desapego:** Se producía si la separación se alargaba durante meses o años, ya que se rompe el vínculo afectivo y se pueden establecer relaciones de apego con otros adultos.

Con respecto al tercer organizador, la **aparición del no**, puede acarrear mayor conflictividad en las relaciones con su entorno. El niño a través del desarrollo motor que le confiere mayor control sobre su cuerpo y motilidad, reivindica mayor autonomía, rechazando normas y pautas, que se le quieren

imponer, a pesar de los conflictos que esto le provoca con figuras tan importantes como los adultos.

De esta forma en sus observaciones Spitz evidencia, cómo el cuidador adulto acelera las capacidades innatas del niño y cómo la expresión emocional del mismo tiene en el inicio de su proceso de desarrollo una función tranquilizadora y de contención que facilita su equilibrio emocional. Apoyado en esto, empieza a través de observaciones a mostrar los efectos de la pérdida de estos organizadores del psiquismo. En su investigación observa niños entre los 12 y 18 meses de edad (123 niños) que permanecen en una guardería, aislándolos de las relaciones humanas, y describe el proceso: Durante el primer mes observa la presentación de llanto persistente. Así muestra como durante el primer mes era frecuente la presentación de llanto y tendencia a acercarse al observador, durante el segundo mes la aparición de gemidos y pérdida de peso, durante el tercer mes dificultad con el sueño, problemas psicosomáticos y enfermedades en general, rigidez facial y retraso psicomotor. Concluyendo así, como después de los tres meses de separación de su figura materna, empieza a producirse en el niño un cuadro que llamó “Hospitalismo o Síndrome de carencia afectiva total”, proponiéndolo como una entidad nosológica que llamó “Depresión Anaclítica”. Asimismo describe tres etapas claves en el desarrollo afectivo durante el primer año de vida y que denomina “Organizadores del Psiquismo”:

Harry y Margaret Harlow durante décadas, a través de estudios en primates usaron la “ruptura artificial de los vínculos afectivos”. Observaron y registraron tanto el desarrollo “normal”, como otras variantes introducidas por ellos. Su objetivo primordial fue describir y explicar cómo influye en el comportamiento ulterior, un deficiente vínculo afectivo en las primeras etapas del desarrollo. Inicialmente identificaron cinco sistemas afectivos de gran importancia para el desarrollo normal en la mayoría de los primates:

1. **Amor Materno:** La capacidad de la madre de dar amor.
2. **Amor de Bebé:** Es el amor del infante hacia su madre, que de alguna forma, persiste en las siguientes etapas del desarrollo.
3. **Amor entre Pares:** También llamado *amor entre compañeros de juego*. A este sistema, según Harlow, no se le había dado mucha

importancia; pero él insiste en que es fundamental para el desarrollo social y sexual de los monos.

4. Amor heterosexual: La capacidad de ejercer este sistema afectivo, en primates, depende de que la etapa anterior haya transcurrido normalmente. Esto es lo que distingue a los primates de otros mamíferos, como por ejemplo los roedores, en los que sólo depende de la maduración biológica.
5. **Amor Paterno:** Harlow lo encontró difícil de estudiar y no abordó este problema.

Tomando como punto de partida estos modelos teóricos, Harlow desarrolló un conjunto de experimentos sobre el aislamiento social total y parcial en monos, describiendo los siguientes hallazgos:

1. Situación de Aislamiento Total:

- a. **Monos aislados de su madre desde el nacimiento:** Harlow aisló algunos monos desde su nacimiento. Estos monos sólo tenían contacto, durante los primeros tres meses de vida, con “madres-sustitutas” inanimadas (monos de alambre). Posterior a esta exposición observó como algunos monos reaccionaron con un choque intenso al ser colocados junto con otros monos que habían sido criados normalmente. Otros monos murieron por anorexia. Pero, la mayoría sobrevivió, se adaptó pronto y no se detectaron consecuencias a largo plazo.
- b. **Aislamiento total durante los primeros 6 meses de vida:** Los monos, al ser colocados con otros que habían sido criados en condiciones normales, se aislaban, eran incapaces de jugar, se abrazaban a sí mismos y mostraban respuestas exageradas y grotescas de terror. Además, estos monos no aprendían de sus congéneres normales. Al llegar a la adolescencia, se volvían muy agresivos y temerosos a la vez. Este tipo de aislamiento constituyó a largo plazo una consecuencia más notoria.
- c. **Aislamiento total durante 12 meses:** Cuando estos monos fueron reinsertados en el grupo que había sido criado en condiciones normales, se mostraron en completa indiferencia

hacia los demás, sin ningún tipo de interacción social, ni positiva ni negativa.

En este tipo de aislamiento social total, Harlow concluye, en general que los monos podían padecer de un síndrome depresivo. Destaca el hallazgo de que el apego era más intenso entre los monos que habían sido maltratados por sus madres que entre los que no.

2. Situación de aislamiento social parcial:

En el *aislamiento social parcial*, los monos eran colocados en jaulas individuales de alambre, acomodadas en filas, de tal modo que podían ver, oír y oler a otros monos. Sin embargo, no tenían oportunidad de tener contacto físico con ellos, y esto los privaba de experimentar alguna de las secuencias afectivas anteriormente descritas. No podían desarrollar lazos afectivos con monos de su misma edad, por lo tanto, la actividad sexual era nula. Este tipo de aislamiento, daba lugar a síntomas semejantes a la esquizofrenia humana, esto es: permanecían largo tiempo junto a la malla de alambre con la mirada vaga, adoptaban posturas catatónicas, realizaban movimientos estereotipados y adoptaban reacciones hacia sus propios brazos como si fueran algo extraño y amenazante, llegando incluso a atacar las extremidades, mordiéndolas.

Mary D. Salter Ainsworth (1913-1999) ha sido considerada junto con John Bowlby como los grandes pioneros en el desarrollo de la teoría del apego. Ainsworth diseñó una situación experimental para examinar, bajo condiciones de alto estrés, el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración. Este procedimiento de laboratorio es conocido como la “Situación del Extraño” o “Procedimiento de la Situación Extraña”. Basado en diferentes situaciones de separación las figuras de apego actúan como sustento de la conducta exploratoria y por tanto las separaciones son seguidas de efectos psicológicos y fisiológicos en el niño. La autora partía de la hipótesis de que el tipo de respuestas que el niño mostraba en estas situaciones de laboratorio era consecuencia del estilo en la interacción madre-hijo en el hogar. Reflejaba en cierta manera, el grado de disponibilidad materna percibida por el hijo y, en consecuencia, la mayor o menor seguridad o inseguridad experimentada por el mismo.

El “**Procedimiento de la Situación Extraña**” consta de una serie de episodios experimentales organizados de manera tal, que los menos perturbadores se registraran en primer lugar. Se trataba de situaciones de la vida diaria, similares a muchas otras experiencias del bebé. Tanto la madre como la desconocida recibían instrucciones por adelantado sobre los papeles que debían desempeñar. En un episodio preliminar la madre, acompañada de uno de los observadores, llevaba al bebé a la habitación; luego partía el observador. Durante la serie total de episodios, observadores situados detrás de una ventana que permitía la visión en una dirección única, registraban la conducta del bebé, la madre y la desconocida. La duración aproximada de cada una de las etapas era de tres minutos aproximadamente:

Etapa 1 (madre-niño): La madre y el niño interactúan de una forma natural. Se evalúa la exploración del entorno por parte del niño en presencia de la madre.

Etapa 2 (extraño-madre-niño): Un extraño entra en la habitación, se sienta silenciosamente durante un minuto, conversa con la madre en el siguiente minuto (pero sin hablar ni dirigirse al niño) y, gradualmente, se aproxima entonces al niño (en este momento, la madre tiene que apartar la mirada de la situación, de manera que no haya contacto ocular con su hijo, ni asentimientos ni interacciones de ningún tipo). Al final del tercer minuto, la madre abandona discretamente la habitación. Se evalúa la respuesta al extraño en presencia de la madre.

Etapa 3 (extraño-niño): Si el niño está feliz jugando, el extraño no participa. Si el niño está inactivo, el extraño intentará interactuar con él utilizando formas adecuadas como para que el niño se involucre con él. Se evalúa la respuesta del niño a la separación.

Etapa 4 (madre-niño): La madre entra, se queda parada en la entrada para dar al niño la oportunidad de iniciar una respuesta espontánea hacia ella. La madre se comporta de forma natural, hasta que a los tres minutos se despedirá diciendo “adiós”. Se evalúa la respuesta del niño al reencuentro.

Etapa 5 (niño solo): El niño se queda solo, a menos que esté tan estresado que la etapa tenga que interrumpirse. Se evalúa la respuesta del niño a la separación.

Etapa 6 (extraño-niño): El extraño entra y se comporta como en la tercera etapa. Se evalúa la reacción del niño al extraño, después de la separación.

Etapa 7 (madre-niño): La madre regresa y el extraño se va. Después de observar la reunión, la situación se termina. Se evalúa la respuesta del niño ante el reencuentro.

En base a las diferentes conductas del niño y de la madre a cada situación, Ainsworth las clasificó en cuatro tipos:

1. **Apego:** El niño permanece pegado a la madre o escondido detrás de ella;
2. **Miedo y recelo:** Lloro o se retrae ante la persona extraña; rechaza el juguete que le ofrece;
3. **Conducta exploratoria:** El niño muestra interés por el objeto que le ofrece la persona desconocida y todavía más por la persona conocida (la interferencia de la conducta exploratoria del niño aumenta su dependencia y falta de autonomía.);
4. **Conducta participativa:** El niño busca la relación con el extraño con sonrisas, vocalizaciones, aproximación, contacto corporal o cogiendo el objeto que le ofrece esta persona.

Estas diferencias conductuales le permitieron describir tres patrones conductuales que eran representativos de los distintos tipos de apego establecidos:

1. Niños de apego seguro: inmediatamente después de entrar en la sala de juego, estos niños usaban a su madre como una base segura a partir de la que comenzaban a explorar (se muestran seguros mientras permanece la “base de seguridad”). Cuando la madre salía de la habitación, su conducta exploratoria disminuía y se mostraban claramente afectados (presentan ansiedad durante la separación). Su regreso les alegraba claramente y se acercaban a ella buscando el contacto físico durante unos instantes para luego continuar su conducta exploratoria. Existe una confianza por parte del niño hacia sus padres, quienes serán accesibles, sensibles a las señales del niño y colaboradores cuando el infante se encuentre en situaciones adversas o amenazantes. Esto le permitirá explorar el mundo con seguridad y confianza. La regulación afectiva es adecuada cuando el niño se recupera

fácilmente del estado sobreexcitado de ansiedad, y mantienen una percepción positiva tanto de sí mismos como de los otros, mostrándose bien predispuestos para poder acercarse e involucrarse afectivamente con otros. Se siente cómodo con la intimidad y la autonomía.

2. Niños de apego inseguro-evitativo: Se trata de niños que se muestran bastante independientes, y desde el primer momento comienzan a explorar e inspeccionar los juguetes, aunque sin utilizar a su madre como base segura, ya que no la miran para comprobar su presencia, sino que la ignoran. Cuando la madre abandona la habitación no parecen verse afectados y tampoco buscan acercarse y contactar físicamente con ella a su regreso (aparentan estar menos ansiosos por la separación). Incluso si su madre busca el contacto, ellos rechazan el acercamiento (no demuestran más preferencia por el cuidador que por un extraño). Debido a esta conducta independiente, su conducta en principio puede interpretarse como saludable. Sin embargo, Ainsworth intuyó que se trataba de niños con dificultades emocionales; su desapego era semejante al mostrado por los niños que habían experimentado separaciones dolorosas. Esta conducta se da cuando el cuidador deja de atender constantemente las señales de necesidad de protección del niño, lo que no le permite el desarrollo del sentimiento de confianza que necesita. Los niños se sienten inseguros hacia los demás y esperan ser desplazados sobre la base de las experiencias pasadas de abandono. El niño desconfía de que sus padres le entregarán la ayuda necesaria o requerida por él y tiene la convicción de que en este intento no será apoyado por ellos; así, el niño intenta ser una persona emocionalmente autosuficiente, no buscando el amor ni el apoyo e otras personas.

3. Niños de apego inseguro-ambivalente: Estos niños se muestran tan angustiados y preocupados por el paradero de sus madres que apenas exploran. Pasan un mal rato cuando ésta sale de la habitación y ante su regreso se muestran ambivalentes y oscilantes: vacilan entre la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto. Este tipo de apego se da cuando el cuidador está física y emocionalmente disponible sólo en ciertas ocasiones (el cuidado es inconsistente, existe sensibilidad y calidez en algunas ocasiones, y frialdad e insensibilidad en otras), lo que hace al individuo más propenso a la ansiedad

de separación y al temor de explorar el mundo. Diversos estudios realizados en distintas culturas también han encontrado relación entre el apego inseguro-ambivalente y la escasa disponibilidad de la madre. Estos niños no tienen expectativas de confianza respecto a la disponibilidad y respuesta de sus cuidadores, debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales.

4. Niños de apego inclasificable: En este grupo se ubican los niños que muestran la mayor inseguridad. Cuando se reúnen con su madre tras la separación, estos niños muestran una variedad de conductas confusas y contradictorias; así, pueden mirar hacia otro lado mientras son sostenidos por la madre, o se aproximan a ella con una expresión triste y monótona. La mayoría de ellos comunican su desorientación con una expresión de ofuscación; algunos lloran de forma inesperada tras mostrarse tranquilos, o adoptan posturas rígidas y extrañas o movimientos estereotipados (inmovilización, golpeteo con las manos, golpeteo con la cabeza, deseo de escapar de la situación aún en presencia de los cuidadores), y conductas aparentemente no dirigidas hacia un fin, dando la impresión de desorganización y desorientación.

Posteriormente, con estos hallazgos Ainsworth crea la Entrevista de Apego para el Adulto (EAA), que consta de 15 preguntas cuando no tienen hijos y 18 para los que tienen hijos. Durante esta entrevista no se valora el apego de un adulto respecto a una figura actual, sino un estado mental en relación a la historia global del apego. Así se indicaría si la conciencia con respecto a este aspecto de la historia personal, está razonablemente bien integrada o no. Por tanto la predicción del cuidado del niño a partir de la EAA no depende de la historia de la vida del padre, sino de la forma en que es contada. Así mismo describe tres tipos de apego adulto: seguro-autónomo, devaluador y preocupado.

También como instrumento de evaluación del apego, podemos mencionar “Disturbances in Attachment Interview” (Smike *apud* Gleason, 2009) que corresponde a una entrevista semiestructurada con 12 ítems, evaluada por medio de puntos que van de 0 a 2, mediante la cual el clínico explora los patrones de apego del niño con el cuidador. Sus ítems corresponden a temas explorados para identificar cómo el niño establece - o no - relaciones de apego con uno o un pequeño número de cuidadores importantes. Existen

cuatro ítems enfocando síntomas asociados directamente al Trastorno de Apego Reactivo de tipo Inhibido que incluyen no aceptar confort cuando sometido a estrés, interacciones sociales recíprocas limitadas o inhibidas, afecto positivo y pobre modulación de humor. Los tres ítems siguientes enfocan patrones de conductas de apego indiscriminados y los últimos cuatro ítems tratan de otros síntomas del Trastorno de Apego, incluyendo provocaciones e hipervigilancia.

En Brasil (Assumpção, 2002) validó la Escala de Evaluación de la Retracción del Bebe (*Echelle d'Evaluation de la Réaction de trait prolongé du jeune enfant*, Guedeney), compuesta por ocho ítems con puntos de cero a cuatro, y que evalúa el contacto con el bebe (se destina a niños de cero a cuatro años) y comprueba conductas de apego y retracción. Los puntos más altos los obtienen niños que presentan retraso mental.

De forma progresiva, hubo más aportes de importantes autores que mediante observaciones y recopilaciones describen sus propias teorías que terminan complementando las iniciales. Este es el caso de Sroufe y Waters (1977), quienes describen el apego como "un lazo afectivo entre el niño y quienes le cuidan y un sistema conductual que opera flexiblemente, mediado por los sentimientos y en interacción con otros sistemas de conducta". Ortiz Barón y Yarnoz Yaben (1993) señalan que "el apego es el lazo afectivo que se establece entre el niño y una figura específica, que los une en el espacio, perdura en el tiempo, se expresa en la tendencia estable a mantener la proximidad y cuya vertiente subjetiva es la sensación de seguridad". En 1962, Henry Kempe en su clásico artículo "Síndrome del Niño Golpeado" describe los efectos del maltrato infantil en el desarrollo, los trastornos en el apego con las figuras cuidadoras. Así comenzó a reconocerse como factor que podría afectar el proceso del niño, el maltrato infantil.

Los estudios etológicos actuales intentan centrarse en las interacciones madre -hijo o entre niños de la misma edad, mediante observaciones en escuelas o guarderías, con énfasis en las conductas preverbales, buscando estudiar un código de comunicación preverbal. Se describe de esta forma la orientación de la cabeza del niño hacia un algodón impregnado del olor materno a partir del segundo día de vida, y cómo las madres también orientan la cabeza hacia un algodón impregnado del olor del bebe, ya a

partir del cuarto día de vida de éste, lo que nos lleva a pensar en los mecanismos adaptativos evolutivos descritos anteriormente. También se estudian y definen secuencias de conductas, distinguiéndose las interacciones con el propósito de calmar y establecer uniones (ofrenda, caricia, beso, inclinación lateral de la cabeza) y secuencias que causan rupturas en la relación, retrocesos, fugas o agresiones (abrir la boca emitiendo sonidos agudos, proyectar para adelante brazos y piernas), intentando asociar tipos de conductas básicos relacionados al predominio de estos tipos de actitudes (líderes, dominantes agresivos, dominantes oscilantes, dominados temerosos, dominados agresivos, etc.) que parecen correlacionarse con las actitudes maternas y que pueden alterarse hasta los 3 años de edad, aproximadamente. Sin embargo, muchos investigadores no admiten esta tipología (Marcelli, 2009). De esta forma, estos estudios intentan caracterizar unidades de conducta significativas, con características del desarrollo y de los factores ambientales en ellas involucrados.

DESARROLLO DEL APEGO

El desarrollo del apego en el niño es crítico para el futuro desarrollo de la infancia a la edad adulta y la comprensión de su evolución, principalmente durante los primeros doce meses del niño, es fundamental, porque la relación interactiva entre la madre y el niño en lo tocante a la calidad de las características específicas de sus conductas, son mecanismos importantes en la formación de las conductas de apego (Beebe, 2010). Por ello, esta relación está íntimamente relacionada al desarrollo de la regulación afectiva y al propio desarrollo cognitivo, siendo dependiente de las manifestaciones emocionales del niño, expresadas por medio de conductas y reguladas por el cuidador (generalmente la madre), también por medio de sus expresiones vocales y faciales (Taylor, 1999).

De este modo, el sistema de apego es considerado, como cualquier otro sistema fisiológico necesario para la supervivencia, una “homeostasis”. Existiendo así desde el nacimiento una predisposición biológica innatamente determinada, a comportarse según estilos que promuevan la proximidad y el contacto con la figura de apego primaria o figura materna. Asimismo la respuesta emocional materna desarrolla la dinámica del

sistema de forma recíproca durante el primer año, donde se completa en gran medida la maduración neurológica y cognitiva del niño, que le permitirá corresponder de forma más organizada y dirigida. Con estos elementos en mente, una relación de apego se considera cuando:

- **El vínculo afectivo es persistente a través del tiempo;**
- **Involucra una persona específica no intercambiable;**
- **Es emocionalmente significativa;**
- **Existe un deseo de mantener la proximidad con la figura de apego;**
- **Se produce estrés por la separación involuntaria de la misma.**

En el momento neonatal ya empieza el proceso de apego que se puede describir, de forma simplificada, a partir de los cuatro siguientes pasos (Bruschweille-Stern; 2009):

1 – **En el momento del nacimiento**, al salir el bebe del cuerpo de la madre, como primera preocupación, ella trata de constatar - en un nivel puramente biológico y animal, teniendo la experiencia física de su presencia - su peso, el tamaño de su cuerpo, textura y actividad. A esto se le puede llamar primer tema de la constelación maternal.

2. **Posteriormente**, ella quiere constatar si el niño está intacto anatómicamente y si goza de buena salud. Necesita verlo en su totalidad y tener respuestas satisfactorias del médico, estableciéndose así una casi autorización para iniciar el proceso de apego.

3. **Después de comprobar sus reales condiciones**, ella comienza a descubrir de qué forma el bebe se ve como nuevo miembro de su familia, verificando las características comunes a ambos padres. En este momento, la participación de otros elementos de la propia familia extensa puede suceder.

4. **La etapa final de este proceso se establece cuando ocurre el primer contacto** entre ambos, cuando la madre nota que es reconocida por el bebe. Esto implica conductas dirigidas a ella, tales como miradas prolongadas, caracterizando un tipo de comunicación específica y fuerte, a punto de que Lebovici (*apud* Bruschweille-Stern; 2009) dijese que es el bebe el que constituye a la madre. Porque ante un estímulo afectivo del bebe, la madre

tiende a reaccionar por medio de expresiones faciales y emocionales que socorren y organizan la propia vida del niño, de tal forma que Emde (*apud* Taylor, 199) cuenta que “la madre oye el grito del niño en relación a algo que le causa incómodo y no logra resistir estableciendo una relación de juego”.

Este sistema diádico madre - hijo es, en ese momento, un sistema abierto, sujeto a cambios que, en un contexto favorable, permiten el surgimiento de propiedades y conductas que tendrán un papel adaptativo importante. En él, una serie de variables (Beebe, 2010) pueden interferir ya que depende de la dirección de la mirada que ambos, madre e hijo, enfocan el uno en el otro y que, si ocurriesen por demasiado tiempo o por poco tiempo, parecen proporcionar alteraciones en el desarrollo. También la percepción de expresiones vocales y faciales parece influir en el establecimiento de estas conductas de apego, además de estímulos táctiles representados por el toque del niño y de la madre que integrarán una constelación de conductas afectivas de unión. La orientación espacial permite que el niño, desde muy temprano, coordine la ubicación de un sonido dentro de un espacio, ubicando el rostro materno a partir de su estímulo vocal. Esto acentúa las conductas mencionadas, pues el niño nota, precozmente, informaciones de este tipo que sean conflictivas o paradójales. De esta manera, cuanto más habilidades el niño desarrolle, más los intercambios afectivos madre - hijo progresarán y entrarán en sincronía, regulando y adaptando así otros comportamientos cada vez más complejos. Cuando estos cuidadores no tienen la habilidad de notar y reaccionar a las necesidades afectivas del niño y fallan al regular sus estados afectivos, el afecto normal no se desarrolla de manera adecuada (Taylor, 2009). Así, aspectos consecuentes de la propia integridad física del bebe, además de las características maternas, contribuirán para el desarrollo de estas conductas de apego.

Durante el primer año de vida del niño, la madre juega un papel muy activo en la formación del vínculo, por medio de conductas que la harán predecible en las diferentes situaciones. Esto le permitirá al niño obtener la seguridad necesaria para la exploración de su medio externo y para la internalización de patrones de base segura, donde permanentemente existe la disponibilidad

y accesibilidad de la figura de apego y refugio seguro, en el que esta figura brinda alivio y comodidad, especialmente en momentos de estrés.

Así se inicia el proceso de estructuración y formación de los modelos de trabajo internos “percepción de su mundo interno y externo”; que le permitirá comportarse e interactuar según lo “aprendido” por su figura materna. A través de contactos sucesivos con el mundo exterior y de la consecuente capacidad de respuesta o disponibilidad de las figuras de apego, el niño construye modelos internos del mundo y de las personas significativas dentro de él, incluido él mismo, cada vez más complejos. Según Bowlby “cada individuo construye en su interior modelos operativos del mundo y de sí mismo y, con su ayuda, percibe los acontecimientos, pronostica el futuro y construye sus planes”.

Para llevar adecuadamente este proceso la figura de apego primaria debe cumplir con las siguientes funciones:

- **Función Reflectiva o “Empatía”:** Es la capacidad de entender y conceptualizar lo que siente el niño en cada situación.
- **Sensibilidad:** Es la capacidad de interpretar adecuadamente las diferentes señales del niño.
- **Responsividad:** Es la capacidad de responder de forma adecuada, efectiva y pronta.
- **Disponibilidad:** Es la capacidad de brindarle al niño la seguridad de su permanencia en cualquier situación donde la necesite.
- **Validación emocional del niño:** Es la capacidad de darle importancia al respaldo emocional puesto en cada conducta, por insignificante que parezca.

Sin embargo al ser el apego un sistema dinámico, no solo la respuesta emocional de la madre está presente, sino que el niño, inicialmente con sus respuestas innatas de supervivencia y su temperamento biológicamente determinado y posteriormente con su desarrollo, se involucra en el proceso recíproco. Hay que tener en cuenta algunos factores físicos limitantes y dificultades sociales que pueden afectarlo como las relaciones intrafamiliares, la red apoyo materno, antecedentes psiquiátricos familiares, hospitalizaciones tempranas y prolongadas del niño, factores socioeconómicos y enfermedades o discapacidades genéticas o adquiridas

como la fibrosis quística, epilepsia, paladar hendido, labio leporino, asma, otitis media recurrente, enfermedad cardíaca congénita, ceguera, sordera y retardo mental.

Hasta hace aproximadamente dos décadas, no se habían tenido en cuenta la naturaleza de las primeras relaciones padre-hijo, ni el impacto que el padre produce en el desarrollo del niño. Múltiples estudios demuestran que la presencia del padre durante el proceso de desarrollo del niño, facilita el proceso de separación-individuación del niño con su madre, fomentando su autonomía, competencia y fortaleza. El padre, por tanto, es una figura alternativa del apego, especialmente cuando la relación con la madre es problemática. Esa relación problemática y distante con la madre conduce a una relación niño-padre más gratificante y positiva. Desde la década de los setenta se han publicado numerosas investigaciones en las que se destaca que la relación de apego madre-hijo es independiente de la relación de apego padre-hijo. El apego padre-hijo contribuye en gran medida al desarrollo del niño, especialmente en lo que se refiere al desarrollo del funcionamiento social y de la competencia exploratoria.

En diversas investigaciones se ha comprobado que los niños, cuyos padres están frecuentemente ausentes, tienen menos simpatías y gozan de relaciones menos satisfactorias con sus compañeros, al mismo tiempo que presentan un menor desarrollo cognitivo, respecto de los niños que gozan de la presencia regular y estable del padre.

Tanto los padres como las madres muestran el mismo grado de competencia en la crianza y educación de sus hijos, aunque difieran sus respuestas específicas a las señales emitidas por ellos. En la actualidad hay un mayor papel del padre en la educación de los hijos. Investigaciones nos confirman que los niños forman relaciones de apego con sus padres, durante el primer año de vida, llegando los últimos a menudo a sentir apego por su hijo durante los tres días que siguen al nacimiento, y que dicha unión durante la infancia, tiene importantes implicaciones para un desarrollo saludable del hijo.

Con el surgimiento de la función semiótica y del lenguaje, alrededor del segundo año de vida, el nivel afectivo del niño se desarrolla con los padres enseñándole palabras y expresiones que le permiten identificar estas

expresiones emocionales y correspondientes corporales que provocan un impacto dramático en su capacidad de regular afectos tanto en un nivel intrapersonal como interpersonal, pues así él puede comparar afectos, obtener respuestas verbales a sus expresiones además de oír y pensar sobre ellas. Gradualmente, esto le permitirá tener nuevas experiencias más complejas y diferenciadas, que solamente ocurrirán si su ambiente familiar permitiese la expresión, el reconocimiento y la validación de estos afectos (Taylor, 1999).

Con el desarrollo de su pensamiento el niño logrará separar, cada vez con más eficiencia, la fantasía de la realidad, evaluando sus estados afectivos, organizando e integrando sus experiencias a partir de la relación con sus cuidadores. De este modo, él aprende a utilizar mecanismos para enfrentar la ansiedad, la depresión y otros afectos que pueden ser evaluados y utilizados como señales para crear estrategias que cambien la situación de estrés. En ese momento, él tiene conciencia de los fenómenos mentales y comprende su pensamiento y el del otro. Así, la sensibilidad y la respuesta del cuidador a los estados emocionales del niño parecen ser los mayores determinantes del aprendizaje de cómo regular los afectos desagradables y contarlos a otras personas. Actitudes deficitarias impiden el desarrollo de estos procesos de regulación, ocasionando los patrones descritos posteriormente (Taylor, 1999). Los patrones de apego en niños mayores y adultos presentan fuertes evidencias de que los patrones desarrollados en la infancia permanecen relativamente estables en el transcurso de la vida y pueden transmitirse generacionalmente (Taylor, 1995).

FORMACIÓN DEL APEGO

Hay varias fases en la formación del apego que dependen en gran parte de la maduración del niño y por ende en el cambio de sus conductas hacia la figura de apego primaria, cambios que son necesarios para la transformación del apego y la iniciación de nuevos vínculos diferentes a la madre. Las cuatro fases son:

1. **Fase Pre-vínculo:** Esta fase va desde el nacimiento hasta las 9-12 semanas de vida: Se caracteriza por la incapacidad del niño en reconocer su figura de apego primaria, siendo su conducta similar

con cualquier persona externa buscando la proximidad y el contacto físico para sobrevivir. Así mismo no diferencia entre su self “él mismo” y el de los otros por lo que los demás solo existen si están presentes. Sus sistemas auditivo y visual que le permitirán la discriminación posterior, empiezan su maduración.

2. **Fase de Formación del Vínculo:** Esta fase va desde las 9-12 semanas hasta los 7 meses. Se caracteriza por la evolución de sistemas conductuales simples en otros más complejos siendo su objetivo el control de su sistema conductual, aumentado así de forma importante la tendencia activa a iniciar el apego e interactuar socialmente con su cuidador primario.
3. **Fase del Vínculo Definitivamente Establecido:** Esta fase ocurre de los 7 meses hasta los 3 años. Se caracteriza porque el niño consolida el apego con el cuidador primario a través de numerosos cambios motores, cognitivos y comunicativos y por la organización de su sistema conductual. El cambio más notable es la locomoción que aumenta la capacidad de la proximidad con su cuidador y la exploración del medio externo por lo que aparece el significado del “peligro o amenaza” que se resolverá según la interacción sensible y responsiva de su figura de apego primaria. Después del primer año de vida se considera que el niño ha consolidado su relación de apego con la madre por lo que está preparado para iniciar otras relaciones de apego.
4. **Fase de Asociación Objetivo-Correcto:** Esta se da desde los 3 años en adelante. Se caracteriza por la aparición de la autonomía, el autocontrol, la interdependencia y la socialización. Durante esta fase el niño se aleja de su figura de apego primaria explorando el medio externo para la adquisición de habilidades necesarias para su protección con activación del sistema de apego según la situación. Su conducta compleja y el adecuado entendimiento de las diferentes situaciones lo hace a través de modelos propios de trabajo interno totalmente consolidados, por lo que sus respuestas tienen objetivos definidos.

Estas fases en el proceso de apego vienen supeditadas totalmente a la evolución del desarrollo psicomotor, sensorial y cognitivo del niño. Esta evolución ha sido diferenciada en fases, según la edad del niño:

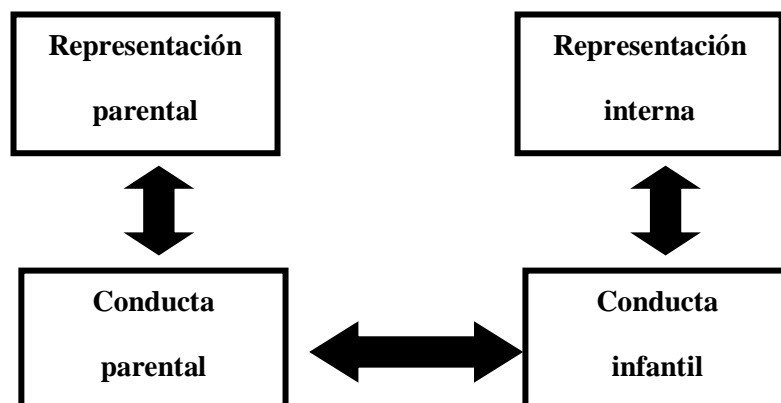
1. **Discriminación Perceptual:** Al nacimiento las capacidades de discriminación e integración sensorial son limitadas. El recién nacido prefiere estímulos simples, sin embargo durante los próximos meses empieza a preferir estímulos de complejidad creciente. En los primeros 3 a 4 meses de vida prefiere la cara humana frente a otro tipo de estímulos. Igualmente responde a todo tipo de estímulos auditivos, siendo sus preferidos los más pausados a los tonos puros y sobre todo prefiere los sonidos del habla. A los 3 meses o antes tiene la capacidad de reconocer la madre y de diferenciarla de otras personas (por discriminación olfativa, auditiva y táctil).
2. **Orientación:** Al nacer existe el movimiento lateral de la cabeza “respuesta de arraigamiento” que aparece espontáneamente al tocar la boca o su alrededor y posteriormente hacia ciertos estímulos. Así suscita la orientación anticipada mientras a los 3 meses de edad se agudiza su visión y puede ver el relieve del pecho o el biberón. Entre los 2 y 3 meses busca objetos móviles y a los 4 meses intenta cogerlos. Entre los 6 y 9 meses empieza a extender los brazos para ser alzado cuando se acercan sus padres.
3. **Señales sociales:** El llanto, las vocalizaciones y las sonrisas constituyen importantes señales sociales que pueden llamar la atención de los adultos e iniciar esta interacción. Los niños tienen diferentes tipos de llanto (por hambre, cólera o por dolor), que en la interacción con sus padres son fácilmente reconocidos por estos. El llanto alerta a la madre y esta calma al niño, convirtiéndose en una secuencia recompensante tanto para la madre como para su hijo. El balbuceo aparece con frecuencia en un contexto social. Ya a los dos meses los niños vocalizan más con las madres que con los extraños. La sonrisa es importante en el desarrollo de las relaciones sociales. Durante las primeras semanas de vida los neonatos sonrían ante un simple par de puntos semejantes a los ojos, a los 3 meses se produce más fácilmente por la parte superior de la cara, a los 5 meses existe

una reacción por la expresión facial y a los 7 meses las reacciones son producidas fácilmente con la proximidad de sus cuidadores cercanos. Así la sonrisa es una acción social recíproca que sirve para prolongar y desarrollar cualquier tipo de interacción personal. Los estudios han mostrado que en niños ciegos su aparición puede retrasarse hasta los 6 meses de edad.

4. **Diálogo entre padres e hijos:** La interacción entre padres e hijo, incluso en el periodo neonatal es un doble proceso en el que ambos responden y se influyen mutuamente. La conducta social del niño depende en gran medida de la adecuada respuesta del adulto, e igualmente la de los padres está influenciada por la del niño. Los días posteriores al nacimiento constituyen un período sensible para el desarrollo del vínculo materno con el niño.

Bruschweiler-Stern (*apud* Gleason, 2009) desarrolló un modelo con el fin de facilitar el enfoque de este modelo relacional (Fig. 1) que sería dependiente de cuatro componentes, a saber: la representación interna de los padres, la conducta de los padres, la conducta infantil y la representación mental del niño. Las tres primeras categorías pueden medirse de modo objetivo y la cuarta necesita inferencias.

FIG. 1 – COMPONENTES DE LAS RELACIONES PADRES - HIJOS



El desarrollo a nivel cognitivo está íntimamente relacionado con su crecimiento social y afectivo, así los progresos en el desarrollo psíquico se reflejan en tres dimensiones: la construcción de la personalidad, las

relaciones con los adultos y las relaciones con los iguales. Junto al desarrollo motor, los avances en el lenguaje, la identidad sexual y el sentido del yo le dan un sentido de individualización creciente:

1. **La construcción de la personalidad:** El niño empieza a diferenciarse de los demás a través del contacto físico con su madre o cuidador. La frustración progresiva a sus necesidades y la oposición lo lleva a pasar a una fase de autonomía en la que quiere hacerlo todo por sí mismo, y finalmente pasar a una fase de identificaciones a través de procesos imitativos, adoptando características de papeles que son significativos para él. La conciencia psicológica de sí mismo se da a partir de la progresiva diferenciación y relación con los otros, reflejado en el uso del pronombre personal, aunque superficialmente limitado al aspecto físico y a su actuación, es decir, que se define por cómo es y lo que sabe hacer o le gustaría saber hacer. Otra realidad importante en este periodo es el de la identidad sexual. Sobre los 2-3 años sabe cómo categorizarse pero falla en categorizar a los demás. Así un niño de 4-5 años piensa que alguien puede convertirse en una persona del sexo contrario sólo con llevar atributos externos relacionados al otro sexo: vestirse, pendientes. Se ha demostrado la precocidad en la adquisición de los estereotipos asociados al papel social adjudicado a cada sexo de una forma muy tradicional, siendo muchas veces más importante lo vivido en su ambiente familiar. Si bien no tiene problemas en admitir que sus padres tomen papeles contrarios, cuando juegan, los niños se atribuyen los roles de manera tradicional. Entre los 3 y los 5 años, se va formando la idea de un yo privado no observable por los demás. Comienzan a surgir las rivalidades, los celos, la envidia y los secretos.
2. **Las relaciones con los adultos:** La escala de valores y los estilos educativos varían mucho de una familia a otra, ya que los padres se encargan de la educación, formación de hábitos y normas de conducta del niño. Cada familia tiene unas características afectivas y sociales determinadas. Otro aspecto importante en la evolución social y afectiva del niño es la disciplina, entendida como la

adquisición de habilidades, tomando como modelo a una persona. Los niños pequeños admiran profundamente a sus padres, personas que les protegen y que por lo tanto son las más importantes en su vida, por lo que se constituyen una base sólida para que deseen imitarlos. En su imitación influye más lo que hacen que lo que dicen, de forma que es importante dar señales de autodominio y paciencia. Los patrones de personalidad se adquieren, según Bandura, en gran medida por la imitación activa.

3. **La relación con los pares:** La actitud del adulto influye mucho en el tipo de relaciones que establecen los niños entre ellos. La más favorecedora para el desarrollo de la autonomía intelectual, afectiva y social es la que permite que discutan y resuelvan los problemas entre ellos. Además, una relación afectiva coherente con los padres favorece el desarrollo social y afectivo con los demás. Estas relaciones favorecen el crecimiento social y cognitivo (porque las perspectivas de otros niños son más próximas que las de los adultos), la canalización y la regulación de la agresividad y el reconocimiento de los derechos y deberes de los demás.

En la etapa escolar empiezan grandes progresos a nivel cognitivo y grandes avances en el área afectiva y la formación de la personalidad. El progresivo descentramiento le permite analizar las personas y las cosas desde diferentes puntos de vista lo que le permite hacerse una idea sobre sí mismo y la realidad que le rodea. La superación del egocentrismo le permite ver los aspectos positivos y negativos de las personas que le rodean y de sí mismo. Según Sigmund Freud, la resolución edípica le permite avanzar en la construcción de la propia identidad, liberarse de la rigidez del superyó y valorar con relatividad las conductas y características personales de sus padres. Aparece el autoconcepto como el conjunto de sentimientos y representaciones que se posee sobre uno mismo, sobre la propia apariencia y los rasgos de carácter. Supone una autoevaluación que parte de los propios valores y de lo que piensan que valoran los demás. La autoestima es el conjunto de valoraciones. Antes el niño se sobrevaloraba, ahora es más autocrítico y se compara con los demás. En esta etapa empieza a tener un

papel importante en esta autovaloración el autoconcepto académico, así como el aspecto físico, priorizado por los valores de nuestra sociedad, sobretodo en base a la talla en los niños y al volumen en las niñas. A partir de esta edad tienen un concepto permanente basado en las características biológicas.

La identificación con el sexo supone la adopción de roles en un continuo de expresividad (afectivas, expresivas, verbales), de instrumentalidad (eficaces, seguros, inexpressividad emocional) y de lo femenino/masculino. Con respecto a las habilidades las mujeres se destacan en las verbales y los hombres en orientación espacial y conceptos matemáticos, pero estas diferencias se empiezan a observar desde los 11 años. Con respecto a los estilos comunicativos interactúan y usan el lenguaje de forma distinta desde esta etapa del desarrollo. Prefieren contextos diferentes y derivado de ello aprenden usos del lenguaje diferentes: las niñas prefieren jugar en lugares interiores, juegan con mayor frecuencia a juegos típicos del otro sexo, y los niños en grupos de edad más amplios y a juegos competitivos, por lo que los niños aprenden a indicar posición de dominio, atraer y mantener audiencia y las niñas a crear y mantener relaciones de intimidad con iguales, criticar a los demás e interpretar correctamente las conversaciones de otros. Con respecto a lo femenino/masculino, no hay certeza respecto a la repercusión del sexo biológico en las características psíquicas, pero sí muchas repercusiones sobre la influencia no consciente del entorno o de los agentes de socialización sobre las mismas.

La identidad es el producto de la interacción entre el nivel y estilo de desarrollo cognitivo con las dimensiones afectiva y la social. El niño va conociéndose a sí mismo en la medida que aprende a conocer a los demás, a interpretar sus sentimientos e intenciones, así como las valoraciones que sobre él mismo tienen los demás. La capacidad de situarse desde la perspectiva de los demás.

El desarrollo moral se ha relacionado con la adopción de normas y valores sociales. Inicialmente el niño aplica al pie de la letra lo que interpreta de la actitud de los padres que aunque expresen por el lenguaje un nivel de desarrollo de responsabilidad subjetiva pueden conducirse por la objetiva. En esta etapa se pasa de la heteronomía moral, que es la sumisión a los

critérios que los niños piensan que es con la que se rigen los adultos y por la que suponen imposición por el principio de autoridad, a la moral autónoma que surge del respeto mutuo y del principio de igualdad, construye sus propias reglas de acuerdo a los principios básicos de los derechos humanos. Con la consolidación de la relación de apego primaria en una base segura, el niño continúa de forma más autónoma un adecuado proceso de exploración y socialización, además de la formación de nuevas relaciones de apego, estructuración de su personalidad y transformación de las conductas iniciales de apego. A través de la vida la exposición a diversas situaciones amenazantes activa este sistema de apego buscando igualmente la “base segura” y continuando así, un proceso dinámico que se transforma. Su activación se produce por medio de las siguientes fases:

Monitoreo y Evaluación de eventos amenazantes: Durante esta fase se produce la activación de las estrategias de apego primarias con el objetivo de buscar y mantener la proximidad simbólica o actual de la figura de apego.

Monitoreo y evaluación de la disponibilidad de figuras de apego externas e internalizadas: Con la seguridad de la disponibilidad de estas figuras se activan estrategias, que consisten en el entendimiento declarativo y procedural del self y de otros. El entendimiento declarativo consiste en las creencias optimistas del manejo del estrés de la situación, sentido de confianza en los otros y eficacia del self en resolverlos gracias al “aprendizaje previo que el estrés es manejable y que los obstáculos externos pueden ser vencidos”. El entendimiento procedural involucra las estrategias de apego primarias de la regulación del afecto consistente en tres estrategias de afrontamiento: admisión y exhibición de la sensación de estrés, búsqueda del soporte y compromiso con la resolución del problema.

Monitoreo y evaluación de la viabilidad de la búsqueda de la proximidad: La no disponibilidad de la figura de apego lleva al uso de intensas estrategias llamadas de “Hiperactivación” que requieren la constante vigilancia hasta que la figura de **apego** sea considerada disponible. Llevan a una tendencia a detectar amenazas en cada contacto con el medio externo, exagerando sus potenciales consecuencias negativas y de forma crónica interfieren con la evaluación de actividades que no

requieren de apego, creándose así una arquitectura mental caótica e indiferenciada. En las estrategias de “Desactivación” su principal objetivo es mantener desactivado el sistema de apego, para

EVENTOS QUE AFECTAN EL APEGO

En la infancia existe una gran cantidad de situaciones y acontecimientos que pueden ser considerados como estresores, porque implican daño, amenaza o pérdida y que al considerarse como amenazas reales o potenciales para el bienestar, activan el sistema de apego como respuesta defensiva inmediata.

Migram (1996) propone una clasificación de dichos acontecimientos:

- 1) tareas rutinarias,
- 2) actividades o transiciones normales del desarrollo,
- 3) acontecimientos convencionales,
- 4) acontecimientos negativos,
- 5) alteraciones familiares graves,
- 6) desgracias familiares,
- 7) desgracias personales y
- 8) desgracias catastróficas.

Toda separación ejerce un efecto particularmente adverso sobre los niños cuyos padres suelen mostrarse hostiles o amenazarlos con la separación como medida disciplinaria, o cuya vida familiar es inestable. De esta forma, se observa que las amenazas de abandono por parte de los padres, suelen desarrollar más la elaboración de un apego ansioso. También hay que tomar en cuenta la ansiedad que se despierta cuando el niño oye discutir a sus padres, y por lo tanto, teme que uno de ellos llegue a abandonar el hogar.

La activación del sistema del miedo depende de la evaluación que el niño realice de la situación. Incluyendo factores tanto individuales (seguridad de apego, experiencia social previa, temperamento y capacidades cognitivas) como contextuales (novedad de la situación, forma de aproximarse e interactuar de la persona extraña, edad de la persona extraña y presencia de las figuras de apego).

Durante los periodos de separación de los padres, la respuesta infantil es diferente dependiendo de quien inicia la separación. El niño no muestra signos de miedo cuando se aleja porque alguna cosa atrae su curiosidad o

para jugar. Si la separación se realiza contra su voluntad, manifiesta señales de intenso temor, aunque el adulto cuidador permanezca en su campo de visión, y buscará ansiosamente el contacto con él. Así, durante la infancia, se producen las separaciones forzadas por diversas circunstancias (Méndez, 1999): Escolarización, divorcio de los padres o muerte de alguno de ellos.

1. Escolarización: Los niños deben percibir su ambiente como seguro para tener éxito y cubrir las demandas académicas de la escuela. La escuela, no la casa, se presenta, como el más importante contexto social y de aprendizaje de conocimientos, dando lugar a nuevos y desconocidos retos con la ambigüedad de contribuir al crecimiento personal o convertirse en acontecimientos que amenazan a dicho crecimiento. Los factores interpersonales desempeñan un papel fundamental para promover el aprendizaje y optimizar los contextos caracterizados por el apoyo, autonomía y el sentido de relación con los demás. Por consiguiente, la amistad que es definida como "una relación voluntaria y recíproca entre dos niños" actúa como apoyo para los niños pequeños en su ambiente escolar y, por tanto, los ayuda a aclimatarse a la escuela. Se observa que un apego seguro es la base para que los niños en edades preescolares muestren competencia en las relaciones con los iguales, sean aceptados por compañeros y tengan amigos. El rechazo de sus compañeros puede desarrollar actitudes negativas e inhibirlos en la exploración, de tal manera que el llanto, las quejas, la tristeza, la apatía por ir a la escuela, el excesivo apego al adulto y otros síntomas pueden ser debidos a una percepción de soledad asociada al hecho de no tener compañeros con quienes jugar.

En cuanto a la relación con los profesores, Howes y Hamilton (1992) notaron que uno de los muchos papeles de los maestros de niños pequeños es el de proveer cuidado y ser responsables por el bienestar físico y emocional del chico en ausencia de sus padres. Al proporcionar una base segura a partir de la cual el niño puede explorar sus alrededores, los maestros facilitarán la adaptación de éste al ambiente escolar.

Tres características de relaciones entre maestros y niños, significativas para los pequeños a medida que se enfrentan a transición en diferentes años escolares son: cercanía (relaciones de apoyo), dependencia y conflicto. Los teóricos del apego han distinguido entre apego (que tiene connotaciones del

desarrollo positivas) y la dependencia (connotaciones del desarrollo negativas). Se considera adaptable el hecho de que la cercanía incrementa con el tiempo y que la dependencia disminuya. Los niños que son excesivamente dependientes podrían sentirse indecisos para explorar su ambiente escolar. Los sentimientos de soledad y ansiedad, así como los sentimientos negativos acerca de las actitudes hacia la escuela y los compañeros de clase, también son más comunes en niños que muestren niveles más elevados de dependencia hacia el maestro. Los niños con relativamente poco conflicto, poca dependencia o mayor cercanía con sus maestros son mejor aceptados por sus compañeros de clase que los chicos que experimentan más conflicto, dependencia o menos cercanía.

2. Hospitalizaciones: Según Priego y Valencia (1988), la hospitalización puede causar reacciones inmediatas en el mismo momento de la separación (gritos, llantos, negación a quedarse) o bien después de la experiencia, en conductas como la regresión, actitudes de rechazo a los padres, alteraciones del sueño o alimenticias, etc. Tales comportamientos dependen de una serie de factores como el conocimiento previo de lo que es un hospital, la personalidad del niño, el tipo de relaciones que establece con sus padres y la propia experiencia. Se ha llegado a la conclusión que en aquellos niños sobre los siete meses se presenta una forma de conducta que representa la postura de la separación: protesta durante el período inicial de hospitalización; negativismo personal, intervalos de conductas de sumisión y retiro, y un periodo de reajuste al regresar al hogar durante el cual se mostró un gran monto de inseguridad centrado alrededor de la presencia de la madre. En aquellos niños por debajo de los siete meses, por otro lado, la separación de la madre no produce protestas significativas.

3. Divorcio: En un estudio realizado por Henry y Holmes (1998) se evidencia la importancia del apego en las etapas iniciales de la vida, pues parece que cuando niñas de padres divorciados versus no divorciados son evaluadas en términos de su apego, éstas se identifican más con un estilo preocupado, miedoso, menos seguro y rechazante; mientras que los niños se identifican más con un estilo miedoso, preocupado, menos seguro y rechazante. De igual forma, se ha evidenciado que en los niños más pequeños, las circunstancias más dramáticas de los primeros momentos

pueden ser vividas con menos consciencia de drama y más normalidad si se mantienen las rutinas de vida y la calidad de apego. Arnold y Carnahan (1990) señalan los tres grupos de estresores más comunes asociados al divorcio del padre: pérdida del acceso a los padres o a uno de ellos; cambios en el entorno y condiciones de vida; hostilidades entre los padres e intrusión del sistema legal en la familia. La pérdida de acceso en los niños pequeños puede ser vivida con ansiedad de separación, mostrada con protestas, lloros, búsquedas, enfados, reclamos y otras respuestas de activación fisiológica.

4. La muerte de los padres: Durante este proceso se ha evidenciado la presentación de las etapas con la separación de los padres descritas por Bowlby (protesta, desesperación y desapego). La resolución adecuada de esta situación tan altamente estresante va a depender de la edad del niño en la que ocurre, la relación que se tenía con la persona fallecida, si es de uno o son ambos padres y si posterior al evento se cuenta con una figura que cumpla las funciones del cuidador. Varios hallazgos destacan como en algunos casos este proceso puede configurar un duelo patológico asociado a: reproche contra la persona perdida, combinado con autorreproches, cuidado compulsivo de otras personas o incredulidad que la pérdida sea permanente. Los estudios demuestran igualmente que la pérdida de uno de los padres durante el proceso de desarrollo del niño, incluso hasta la adolescencia puede ser un factor de riesgo que comprometa el proceso de apego.

Con niños pequeños, la implicación de la familia en amplificar o amortiguar el impacto del estrés es más intensa, ya que el apoyo de los iguales tiene un papel menos relevante que en edades posteriores donde el efecto amortiguador más fuerte del estrés se ha encontrado en el apoyo social, presentado por los compañeros y amigos.

Entre las condiciones que mitigan la intensidad de las respuestas de los pequeños separados de la madre, las más eficaces parecen ser:

1. La presencia de un acompañante familiar y/o posesiones familiares.
2. Los cuidados maternos proporcionados por una madre sustituta.

La presencia de un acompañante familiar, incluso si no suministra casi ningún cuidado como sustituto materno, constituye un factor de alivio de bastante importancia. También proporciona algún consuelo los objetos inanimados, como juguetes favoritos o ropas personales. Una segunda

opción que disminuye el dolor provocado por la separación, son los cuidados maternos que brinda una madre sustituta. Inicialmente el pequeño teme a la extraña y rechaza sus intentos de brindarles afecto y cuidados maternos. De allí en adelante, incurre en una conducta intensamente conflictiva: por un lado busca su consuelo, por otro la rechaza, por serle desconocida. Sólo al cabo de algunos días o semanas puede acostumbrarse a la nueva relación.

FUNCIONES DEL APEGO

La interrelación de todos estos factores necesarios para la formación del apego y los factores que se desarrollan una vez se consolida, convierten el vínculo primario en el eje central del origen de importantes funciones del aparato psíquico, tanto biológicas como funcionales; que dan la estabilidad emocional al individuo por medio de la regulación adecuada del afecto y la estructuración de su personalidad. Esto se logra por diferentes mecanismos:

- La formación de los modelos de trabajo interno que serán el “imprinting” para el desarrollo de relaciones interpersonales posteriores.
- La exploración adecuada del medio externo adquiriendo autonomía e interdependencia.
- La formación de la base segura que le permitirá al individuo:
 - Una representación positiva del self y de los demás.
 - Un mantenimiento de relaciones estables.
- Satisfacción con las relaciones interpersonales con altos niveles de intimidad, compromiso y involucramiento emocional por medio de la aceptación de las necesidades psicológicas del otro.
- Formación de patrones positivos de comunicación.

TIPOS DE APEGO Y SU REPRESENTACIÓN EN LA PERSONALIDAD

Un vínculo formado a través de un apropiado proceso de maduración del niño y el equilibrio entre la satisfacción y frustración de sus necesidades, por medio de una madre o cuidador primario con las características que la consolidan como figura de apego llevará al inicio de un tipo de apego seguro, permitiéndole un óptimo funcionamiento mental en el transcurso de la vida, por la existencia interna de la base segura y el refugio seguro, donde

acudirá en situaciones amenazantes o estresantes, regulando así adecuadamente sus emociones.

Sin embargo, a través de múltiples observaciones en niños expuestos a situaciones que activan su sistema de apego, se ha evidenciado la existencia de diferentes conductas en la figura de apego primaria que, aunque permiten la formación del apego, tienen una manifestación distinta al apego seguro, ya que no permite el adecuado establecimiento del funcionamiento psíquico y en etapas tardías llevan a una predisposición psicopatológica. Por lo tanto se han propuesto estas manifestaciones dentro del tipo de apego inseguro que, según su patrón de conducta en la activación del sistema de apego, se clasifican de cuatro maneras:

El apego inseguro evitativo o aislado: Se caracteriza por la interacción con una figura primaria que rechaza constantemente las necesidades del niño siendo emocionalmente no disponible y conflictiva, llevándolo a utilizar estrategias de desactivación del sistema de apego para evitar las frustraciones, manifestado con aislamiento hacia esta figura.

El apego inseguro ambivalente o preocupado: Se caracteriza por una pérdida de la sensibilidad materna a las necesidades del niño que llevan a una pobre responsividad, generalmente asociado a una importante ansiedad materna que no le permite predecir sus conductas. Esto lleva uso de estrategias de “hiperactivación” del apego por la constante preocupación de ser amenazado por su medio externo y la necesidad de mantener la proximidad de esta figura. Se manifiesta con ansiedad y a la vez rechazo con la proximidad de la misma.

El apego inseguro desorganizado: Se caracteriza por la presencia de una madre con experiencias previas no resueltas, como pérdidas reales o inconscientes o exposición a eventos traumáticos, con transmisión de sentimientos de ansiedad y miedo asociado a insensibilidad, rechazo y interrupción en la comunicación con el niño y en ocasiones maltrato y abuso sexual. El niño se enfrenta permanentemente a la paradoja del “miedo sin solución” donde siente la necesidad de ser protegido pero a la vez es maltratado. Se manifiesta por conductas desorganizadas y confusas.

El apego inseguro no clasificado: Se caracteriza por presentar características de los anteriores sin ser suficientemente claras para clasificarlo.

VALORACIÓN DEL TIPO DE APEGO

El apego es un proceso que no finaliza, sino se transforma a través de la vida. En estudios de observación de madres de niños con diferentes tipos de apego, la aplicación de una entrevista semiestructurada “Adult Attachment Interview” (EAA) permite el conocimiento de los patrones de apego en la infancia, que explican su relación actual con el niño y sus diferentes relaciones interpersonales. Se ha creado una clasificación de tipo de apego según la formación positiva o negativa de modelos internos del self y de los otros en el adulto:

El **apego seguro** es el que los modelos internos del Self y de los otros son positivos, llevando a autonomía, intimidad y comodidad en sus relaciones.

El **apego inseguro preocupado** donde los modelos internos del self son negativos y los de los demás son positivos y lo llevan a la sobredependencia y ambivalencia en sus relaciones.

El **apego inseguro aislado** donde los modelos internos del self son positivos y los de los demás negativos que lo llevan a rechazo del apego y contradependencia.

El **apego inseguro desorganizado** en el cual los modelos internos del self y los demás son negativos llevándolo a miedo del apego y confusión en sus relaciones interpersonales, manifestado con conducta violenta y agresiva.

Un estudio de Friedman (2008) relata que varios factores son importantes en la evaluación del apego materno en relación al niño. De este modo, el tiempo gastado por la madre en el contacto con el niño es un predictivo importante de apego y los niños con apego seguro son más sensibles y responsivos. Esto ocurre porque las propias madres deben enseñar a sus hijos que ellos pueden exigirles su tiempo, que ellas estarán disponibles, ya que para el niño ese tiempo es importante.

La sensibilidad de la madre durante las interacciones con el niño también desempeña un rol importante y puede predecir su desarrollo social y cognitivo. Esta sensibilidad parece sufrir interferencias de la educación materna, de la situación económica, de la ansiedad materna a la separación y de síntomas depresivos maternos.

MODELOS INTERNOS PROPIOS

		POSITIVO	
		NEGATIVO	
MODELOS INTERNOS DE LOS DEMÁS	POSITIVO	SEGURO Confortable Alta Intimidad Alta autonomía	PREOCUPADO Alta preocupación Ambivalente Sobre-Dependencia
	NEGATIVO	EVITATIVO Rechazo del apego Contradependencia	TEMEROSO Miedo al apego Evitación contacto social

FIG. 2 – VALORACIÓN DEL TIPO DE APEGO

EL APEGO EN LA ADOLESCENCIA Y LA VIDA ADULTA

La adolescencia se caracteriza por cambios importantes, como la capacidad de pensamiento operacional formal, incluyendo habilidades de razonamiento lógico y abstracto y la finalización del proceso de diferenciación del self y de los otros. Esto permite tener una visión más consistente del self como existencia aparte para la interacción con sus necesidades, en contraste con la dependencia de las relaciones tempranas de apego y la evaluación primaria y secundaria de las diferentes situaciones. La evaluación primaria hace referencia a la reacción emocional inmediata a un evento y la evaluación secundaria al procesamiento cognitivo que mantiene, amplifica o disminuye la respuesta emocional inicial, dependiendo de la interpretación según experiencias previas. Esta última inicia el proceso de transformación en la jerarquía de las relaciones de apego primarias a relaciones de apego con pares, que requiere de un adecuado proceso previo, con situaciones positivas que motiven esta interacción y permita similares experiencias con sus pares. El entendimiento previo del apego en la infancia es crucial para poder predecir el de las relaciones posteriores en la vida. En la infancia la activación del sistema de apego es manifestado por la forma en que el niño se aproxima y mantiene la cercanía física con su figura de apego, mientras que en la adolescencia y edad adulta se da por la representación mental de

esta y otras figuras de apego. La representación mental de los padres sobre sus experiencias de apego en la infancia influye en gran medida en la calidad del apego del niño. Esta organización adulta de las experiencias de apego se convierte en un estado mental relativamente estable, definido como un conjunto de reglas que permiten la organización de la información relevante para el apego, así como obtener o limitar el acceso a dicha información.

Lo que se transmite es un estado de la mente que se comunica al niño por la conducta de crianza, especialmente a través de las respuestas a situaciones estresantes. Fonagy (1991) realizó un estudio prospectivo para ver si las representaciones de apego de las madres antes de que nacieran sus hijos predecían su respuesta en la Situación Extraña. La predicción fue del 75% en emparejamiento padre-hijo seguro versus inseguro efectuada en 4 países diferentes. Se observó que la falta de respuesta de la madre al niño durante el primer mes de vida predecía la respuesta en la entrevista semiestructurada "Attachment Adult Interview" (EAA) durante la adolescencia. En otro estudio la respuesta a la Situación Extraña se comparó con respuestas a la EAA 16 ó 20 años después. Una respuesta segura hacia la madre en la Situación Extraña predecía un patrón seguro-autónomo en la adolescencia o en la vida adulta. Pocos niños inseguros se habían vuelto seguros en la juventud, lo que indica la alta estabilidad de los patrones.

El apego seguro ha sido identificado como la principal variable en la calidad de las relaciones interpersonales posteriores, especialmente las de pareja. Esto es facilitado por la disponibilidad y soporte de una figura en momentos de angustia y estrés, que provee el desarrollo de modelos de trabajo internos positivos del self y de los demás, manifestado por:

- La formación de creencias positivas sobre la pareja.
- La formación de relaciones emocionales estables.
- Satisfacción en las relaciones.
- Altos niveles de compromiso, intimidad y involucramiento emocional con la pareja.
- La formación de patrones positivos de comunicación e interacción en las relaciones.

-La formación de mayor cohesión y adaptabilidad a circunstancias estresantes.

El apego a la madre o cuidador primario es sólo uno, de los tres apegos verdaderos que ocurren en la vida. El segundo se da en la adolescencia tardía por la búsqueda del segundo objeto: la pareja. El tercero se da hacia el hijo o hijos. Múltiples modelos se han interesado en el proceso de cómo la gente con determinado estilo de apego mantiene sus vínculos afectivos en sus relaciones cercanas, moldeando la forma y el contenido de las mismas. Los estudios se han enfocado a analizar los modelos de trabajo internos que se forman a partir del proceso de socialización y del acumulo de experiencias agradables versus las desagradables que se viven con la figura de apego.

Tales modelos de trabajo tienen la función de guiar las expectativas individuales de acercamiento-alejamiento hacia la figura de apego.

Hazan y Shaver han propuesto la "Teoría del apego sobre relaciones amorosas" en la que, establecen un paralelismo entre el tipo de relación amorosa adulta y el tipo de apego a la madre en la infancia. Ese vínculo niño-madre tenderá a reproducirse en la relación amorosa adulta futura, ya que muchas formas de intimidad en las relaciones amorosas adultas (lenguaje, cogerse de la mano, abrazarse.) son reminiscencias del contacto con los padres.

Feeney y Noller (1991) constataron diferencias en la idealización de la pareja, en función de los estilos de apego. Los más idealizadores fueron los "amantes ansiosos". Los "amantes evitadores" fueron los que menos idealizaban a su pareja. Los "amantes seguros" mostraban un nivel intermedio de idealización. Yela (2000), por su parte encontró que los "amantes posesivos" eran más idealizadores que los "amantes compañeros", siendo los más idealizadores los "amantes lúdicos". Se ha constatado que la fidelidad sexual presenta una elevada correlación con el estilo amoroso "maniaco" o "posesivo". Respecto a la satisfacción, los "pasionales" tienden a resultar los de mayor satisfacción amorosa, mientras que los "posesivos" aparecen como los de menor satisfacción, tanto amorosa como sexual. Así mismo, Lee () describe los diferentes tipos de amor:

1. Eros: Amor apasionado

2. **Ludus: Amor de juego**
3. **Storge: Amor amistoso**
4. **Manía: Amor dependiente-posesivo**
5. **Pragma: Amor lógico**
6. **Ágape: Amor desinteresado.**

De acuerdo al patrón de apego infantil se describen los tipos de relaciones de pareja que se presentan como:

1. **Amor Neurótico:** Se evidencia alta preocupación, dependencia e idealización.
2. **Amor Seguro:** Donde existe alta confianza y seguridad.
3. **Amor con evitación de la intimidad:** Existe poco interés en el contacto físico con la pareja y se asocia a relaciones superficiales.
4. **Amor Circunspecto:** Amor altamente amistoso.

Varios estudios han determinado que algunas características que se presentan en las relaciones íntimas que establecen las personas tienen mucho que ver con sus estilos de apego individuales. Las personas con **estilo seguro** tienden a desarrollar modelos mentales de sí mismos como amistosos, afables y capaces, y de los otros como bien intencionados y confiables, ellos encuentran relativamente fácil intimar con otros, se sienten cómodos dependiendo de otros y que otros dependan de ellos, y no se preocupan acerca de ser abandonados o de que otros se encuentren muy próximos emocionalmente.

Las personas con **estilos ansiosos** tienden a desarrollar modelos de sí mismos como poco inteligentes, inseguros, y de los otros como desconfiados y reacios a comprometerse en relaciones íntimas, frecuentemente se preocupan de que sus parejas no los quieran y sienten temor al abandono.

Los de **estilo evasivo**, desarrollan modelos de sí mismos como suspicaces, escépticos y retraídos, y de los otros como desconfiables o demasiado ansiosos para comprometerse en relaciones íntimas, se sienten incómodos intimando con otros y encuentran difícil confiar y depender de ellos.

Así, las consecuencias afectivas del apego seguro en la interacción con los otros en la adolescencia y la vida adulta, son el desarrollo de una estructura cognitivo-afectiva que permitirá el manejo adecuado de los conflictos y el

mantenimiento de relaciones estables por la satisfacción no solo propia, sino de las necesidades psicológicas del otro.

Sin embargo adultos que han experimentado un tipo de apego inseguro en la infancia, caracterizado por la no responsividad de sus figuras de apego, internalizan conductas de apego que son necesarias para defenderse de la angustia y estrés ocasionado por estas tempranas vivencias de apego. Los que experimentaron un apego inseguro-preocupado constituyen sus relaciones alrededor de la “Hiperactivación” del sistema de apego y necesidades insatisfechas de seguridad, con permanente insatisfacción y frustración. En contraste los que experimentaron un apego inseguro-avoidante o aislado organizan su interacción alrededor de la “Desactivación” de su sistema de apego, en busca de la autonomía y el control, resultando en distanciamiento de sus parejas.

En la adolescencia y la vida adulta la aplicación de la entrevista semiestructurada “Attachment Adult Interview” (AAE) genera estrés, ya que revive las memorias infantiles y su actual percepción de esas experiencias; al igual que la situación extraña en el niño donde es sometido a estrés por la separación de su madre. Con la evaluación de la coherencia en su discurso, se han determinado varios tipos de apego en esta edad:

Apego Seguro-Autónomo: Se caracteriza por la adecuada valoración de sus relaciones de apego infantiles, notando su gran influencia en su desarrollo. Existe la capacidad de un equilibrio entre las experiencias positivas y negativas con sus padres, identificando las positivas como parte de su actual personalidad.

Apego Inseguro-Alejado: Se caracteriza por el uso de estrategias de afrontamiento de “Desactivación” del sistema de apego. Hay una tendencia a describir sus relaciones de apego con poca influencia en su vida actual. Existe una pérdida de la congruencia entre descripciones positivas de la infancia y su correlación con eventos infantiles específicos que las corroboren. Por lo que tratan de mantener una imagen positiva de sus padres evitando memorias o cambiándolas.

Apego Inseguro-Preocupado: Se caracteriza por la dependencia de sus padres, ya que necesitan permanentemente su aprobación. Sus memorias son

típicamente negativas y a diferencia de las personas con apego inseguro-alejado que niegan las experiencias, estos las evocan.

Apego Inseguro-No Resuelto: Se caracteriza por la presentación de errores en la evocación y razonamiento al discutir sobre pérdidas infantiles o eventos traumáticos asociado a dificultades en la organización mental. Existen conflictos traumáticos infantiles no resueltos que influyen en los patrones de organización del apego y lleva a desorganización y confusión.

Apego No Clasificable: Se caracteriza por presentar características de los anteriores sin ser suficientemente claras para clasificarlo.

Existe una correlación entre las diferentes relaciones de apego de la infancia con los tipos de apego que se dan en las relaciones interpersonales en la adolescencia y la vida adulta, por la necesidad previa de la formación y la internalización de los modelos de trabajo del self y de los demás. Es posible predecir que adultos con apego seguro en la infancia tuvieron un tipo de apego seguro-autónomo que se manifestó en relaciones estables, con compromiso, intimidad, involucramiento emocional y satisfacción. Los adultos con un tipo de apego inseguro-preocupado en la infancia tuvieron un tipo de apego similar, reflejándose en relaciones ambivalentes con sobredependencia por gran temor a la pérdida. Los adultos que experimentaron un tipo de apego inseguro-aislado en la infancia, posiblemente presentan un tipo de apego inseguro-alejado en el que permanentemente se resisten a la intimidad con su pareja. Finalmente quienes en la infancia vivenciaron un apego inseguro-desorganizado, en la vida adulta presentaran un apego inseguro-no resuelto en sus relaciones que serán desorganizadas, confusas, con evitación de la intimidad por desconfianza de los otros y con altos niveles de agresividad.

CORRELACIÓN CON LA PSICOPATOLOGÍA

La noción de fenotipo corresponde a una constelación de síntomas originada de la confluencia de aspectos genéticos y ambientales. Más recientemente, el concepto de fenotipo comportamental incluye el aspecto característico de anormalidades en la conducta, motoras, cognitivas, lingüísticas y sociales, asociadas a enfermedades biológicas. En algunos casos, el fenotipo comportamental puede dar origen a una enfermedad psiquiátrica; en otros

casos, aparece en conductas no usuales que pueden considerarse síntomas de condiciones psiquiátricas (O'Brien, 1995).

De este modo, la patología es el producto de las experiencias tempranas más la acumulación de experiencias positivas y negativas. El niño no se limita a interpretar la experiencia sino que también la crea. Las expectativas y sesgos provocarán reacciones ambientales autopropagadas. Desde esta perspectiva los trastornos tempranos del apego se consideran un índice del inicio del proceso patológico que probablemente lleve a una patología posterior. Rutter ha propuesto que la relación entre el apego y la patología posterior se debe al impacto de los patrones tempranos de regulación de las emociones (especialmente el miedo y el trauma) sobre la organización neuronal y los procesos de condicionamiento que dan, por ejemplo, un deterioro de la capacidad para tolerar y manejar el afecto.

Así los **niños resistentes**, fundamentalmente, tendrán dificultades internas, y los **niños evitativos** dificultades externas. El niño resistente inhibe la exploración y tiene dificultades para regular el afecto, por lo que será más propenso a respuestas de miedo y a percibirse como más débil e indefenso. Esto puede dar problemas de ansiedad y depresión. Los evitativos inhiben la vinculación emocional y fomentan un autoconcepto exagerado que lleva al sujeto a centrarse en la satisfacción de las propias necesidades con escaso interés por las de los demás, desarrollando problemas de conducta como la explotación y la agresión. Los patrones desorganizado y controlador son los más asociados con la agresividad y los problemas de conducta. Hay pruebas de que este tipo de apego en la infancia está relacionado con la presencia de tendencias disociativas posteriores.

Para Zagers (2008), en un trabajo estudiando 61 adolescentes en instituciones de tipo residencial, observó que aquellos que presentaban conductas representativas de apego con preocupación mostraban mayores índices de conductas opuestas y agresivas, como también de conductas externalizantes de manera general, al revés de aquellos con patrones desorganizados que mostraban menores índices de violencia.

Friedman (2008) narra alteraciones en la sociabilidad en niños entre 3 y 4 años de edad. Los tipos de apego de estos niños predicen bien su posterior

desarrollo social y la manifestación de la ansiedad ante la separación en niños de edad escolar.

También se establece una relación con el desarrollo cognitivo ya que un apego más seguro permitiría que el niño tuviese bases más seguras para explorar el ambiente y los objetos circunyacentes, lo que favorecería su desarrollo cognitivo. Igualmente, dentro de esta perspectiva cognitiva, tendría mejores patrones de control de las propias experiencias emocionales, tal vez por poder contar con otros cuando fuese necesario (Friedman, 2008). Entonces, los diferentes tipos de apego en la infancia se correlacionan con los del adulto, ya que hacen parte del mismo proceso. Es vital identificarlos en cada situación; porque al ser el apego un proceso nuclear en la estructuración de la personalidad, cualquier conflicto no resuelto en la díada madre-hijo podría generar cambios directos en el proceso de apego, manifestados por un tipo de apego inseguro con posterior correlación psicopatológica. De esta forma los diferentes tipos de apego inseguro convergen en una predisposición específica a múltiples trastornos mentales, así:

1. El apego inseguro evitativo predispone a:

- Síntomas y Trastornos disociativos
- Conductas disruptivas
- Personalidad esquizoide y narcisista
- Personalidad antisocial
- Abuso de drogas y comida

El trabajo de Schindler (2007) afirma haber encontrado una triangulación caracterizada por madres preocupadas, padres displicentes y adolescentes atemorizados en 65% de la muestra de dependientes de drogas estudiada por él. 19% presenta un patrón de madres, padres e hijos amedrentados y 16% un patrón de madres y adolescentes seguros y padres preocupados, lo cual parece indicar una diferencia en el comportamiento familiar que no se reflejaba en la gravedad de los síntomas.

2. El apego inseguro ambivalente predispone a:

- **Trastorno de ansiedad en la adolescencia** – Crawford (2007) observa correlaciones entre el apego ansioso y la sintomatología

neurótica, aunque esta relación no sea lineal y se deba tratar de manera más compleja, puesto que sufrirá influencia de rasgos de personalidad que se manifestarán e intermediarán los sistemas de regulación del afecto.

- **Trastorno Depresivo** – Trapolini (2008) señala que madres deprimidas presentan distorsiones cognitivas asociadas a la depresión y estas distorsiones interfieren en su capacidad de interactuar con sus hijos, lo cual permitiría que ocurriese una alteración en las reacciones de apego del propio niño (Toledo, 2009).
- **Patrón impulsivo con poca tolerancia a la frustración y con conductas pasivas**
- **Trastorno Límite de la personalidad**

3. El apego inseguro desorganizado predispone a:

- Síntomas y Trastornos Disociativos
- Agresividad infantil – el trabajo de Fossati (2009) muestra la relación entre una conducta agresiva y un estilo inseguro de apego, además del déficit de afectividad mentalizada.
- Relaciones violentas
- Esquizofrenia
- Personalidad antisocial

Las estrategias inseguras de apego varían entre la minimización y la maximización de la expresión de la necesidad del apego, considerándose igualmente factores de riesgo para la psicopatología enumerada arriba. El uso de la minimización predispone al individuo con mayor frecuencia a la externalización de desórdenes, ya que la atención está dirigida al self, sin la resolución de los patrones de internalización negativos. El uso de maximización, lo predispone a interiorizar desórdenes, ya que la atención está afianzada en la disponibilidad del cuidador y las representaciones negativas internalizadas permanecen activas. Por tanto los adultos con apegos previos inseguros aislados o desorganizados van a tender a minimizar sus necesidades de apego, aumentando su atención fuera de sí

mismos con mayor riesgo de conductas impulsivas y agresivas dentro de su psicopatología. Los que experimentaron apegos inseguros ambivalentes o preocupados van a tender a desarrollar trastornos que envuelvan sus emociones, como la internalización de formas de depresión y ansiedad y estructura límite de su personalidad.

TRASTORNO DE APEGO REACTIVO EN LA INFANCIA

Este cuadro, descrito en el DSM IV-TR (APA, 2002) se caracteriza por un vínculo social perturbado de manera acentuada e impropio para el nivel de desarrollo del niño en cuestión, independientemente del contexto en el cual él se encuentra. Empieza antes de los 5 años de edad y está asociado a cuidados totalmente patológicos.

Sus criterios diagnósticos consisten en:

A – Un vínculo social acentuadamente perturbado e impropio para el nivel de desarrollo en la mayoría de los contextos, empezando antes de los cinco años y evidenciado por (1) o (2):

- (1) fracaso persistente para iniciar o responder de manera adecuada al nivel de desarrollo a la mayor parte de las interacciones sociales, manifestado por medio de respuestas excesivamente inhibidas, hipervigilantes o altamente ambivalentes y contradictorias;
- (2) vínculos difusos, manifestados por una sociabilidad indiscriminada, con acentuado fracaso en presentar vínculos selectivos adecuados.

B – La perturbación en el criterio anterior no se explica únicamente por un retraso en el desarrollo y no satisface los criterios para incluirla en el Trastorno Global de Desarrollo.

C – Cuidados patogénicos evidenciados por uno de los siguientes criterios, por lo menos:

- (1) Negligencia persistente en relación a las necesidades emocionales básicas del niño;
- (2) Negligencia persistente en relación a las necesidades físicas básicas del niño;

(3) Repetidos cambios de responsables primarios, impidiendo la formación de vínculos estables.

D – Existe una suposición de que los cuidados mencionados en el criterio C son responsables por la perturbación en la conducta mencionada en el criterio A.

Se debe además especificar si es un Trastorno de Apego de tipo Inhibido, en el cual se observa un predominio del criterio A1 o si es de tipo desinhibido, en que se observa un predominio del criterio A2.

Sus aspectos epidemiológicos son poco conocidos, aunque la APA (2002) lo considere raro, con un curso variable y dependiente de los factores individuales y también de sus responsables, de la gravedad y de la duración de la privación asociada a él. Parece que apoyos ambientales adecuados lo mejoran.

En el examen físico pueden encontrarse condiciones médicas que contribuyen o se originan de las dificultades observadas, tales como señales de malos tratos, déficit de crecimiento, desnutrición, deficiencias vitamínicas y enfermedades infecciosas.

La importancia del abuso temprano puede verse en el trabajo de Carr (2009) que, al examinar 247 sobrevivientes de abuso institucional, observó miedo (44%), preocupación (13%), desapego (27%) o seguridad (17%) en los patrones de relación en adultos.

Sin embargo, este abuso no puede considerarse un producto del ambiente moderno, habiendo sucedido en sociedades de cazadores-colectores afligiendo, principalmente, a bebés enfermos e incapacitados además de aquellos nacidos en situaciones poco auspiciosas, en las cuales la madre ya tiene otros hijos chicos o no tiene marido. Muchas veces también se observa el maltrato de hijos del primer matrimonio por los actuales maridos, por padres que dudan de su paternidad y también en situaciones de pobreza extrema.

También los conflictos parentales asociados a problemas de conducta maternos parecen relacionarse con una baja sensibilidad materna, un apego inseguro por parte del niño y desorganización de esos mecanismos de apego. Esto ocurre porque la conducta materna parece que no intermedió la

situación de conflicto parental, lo que nos puede hacer pensar que la exposición al conflicto parental puede exponer al niño directamente al efecto del conflicto, alterando sus relaciones de apego (Finger, 2009).

La carencia afectiva (Marcelli, 2009), que también puede estar involucrada, puede ser múltiple con respecto a su forma o su naturaleza, debiendo ser considerados diferentes aspectos en esa relación madre - hijo, tales como:

- 1. insuficiencia de interacción**, exponiéndolo a la ausencia de la madre o de su sustituto (por ejemplo, en institucionalizaciones tempranas);
- 2. discontinuidad de los vínculos**, debido a separaciones, independientemente de sus motivos;
- 3. distorsiones en la calidad del cuidado materno** (madres con trastornos de conducta, caóticas, imprevisibles).

Estas características también deben considerarse con respecto a su duración y momento en que ocurren, lo cual le dará al cuadro apariencias múltiples.

Su diagnóstico diferencial comprende el Retraso Mental que puede estar asociado al Trastorno de Apego por las dificultades que pueden originarse de la relación con sus padres o responsables. Comprende además los Trastornos Generales de Desarrollo, en el cual las dificultades para construir vínculos se deben al propio cuadro, y también los Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad, en función de las conductas desinhibidas con extrema familiaridad y búsqueda de confort en adultos extraños. También debe diferenciarse de los Trastornos de Conducta Disruptiva, tales como Trastornos Opcionales Desafiantes y Trastornos de Conducta, con patrones de conducta agresiva y antisocial, incapaces de construir relaciones duraderas.

MANEJO TERAPÉUTICO

La psicoterapia orientada al apego puede ser definida como una forma de obtener, explorar, integrar y modificar modelos operativos internos. Bowlby formuló los siguientes principios: “una gran parte del trabajo al tratar a una persona emocionalmente perturbada consiste en:

1. Detectar la influencia de modelos influyentes de los cuales el paciente puede ser parcial o completamente inconsciente.

2. Invitar al paciente a examinar los modelos descubiertos y considerar si aún mantienen su validez.

Mario Marrone utiliza para explicarlo el análogo del ordenador: “el hecho de que no se pueda ver un programa en la pantalla no significa que no esté instalado en el disco duro. Sólo se tiene que apretar la tecla correcta para activarlo. Algo parecido ocurre cuando se reactiva un modelo operativo latente. El cambio de predominio de un modelo a otro puede ocurrir repentinamente y ser muy rápido.”

Bowlby sugiere que un analista guiado por la teoría del apego intentará, junto con el paciente, comprender cómo las reacciones emocionales, el comportamiento y las predicciones que hace el paciente se basan en múltiples modelos operativos. Al mismo tiempo ambos intentarán investigar cómo pueden haberse constituido estos modelos. Este autor indicó que “durante aquellas indagaciones, a menudo se descubre que un modelo, actualmente activo pero en el mejor de los casos de validez dudosa, se hace razonable o incluso completamente inteligible cuando se conocen las verdaderas experiencias que el paciente ha tenido en su trato diario con figuras de apego durante todos sus años de inmadurez.

Esto nos lleva nuevamente a la controvertida cuestión de hasta qué punto la experiencia real tiene influencia sobre el desarrollo de modelos operativos del self y de otros”.

Cuando se descubren los modelos operativos subyacentes, a menudo, tanto el analista como el analizado se sorprenden. Es habitual que el paciente reaccione con una emoción genuina, que procede de su verdadero self. Los modelos operativos internos están emocionalmente cargados. Se forman en el curso de acontecimientos relevantes para el apego y contienen las emociones inherentes a estos acontecimientos. Ya que tienen este componente emocional, su representación deberá estar necesariamente asociada con estas emociones. Por lo tanto, las representaciones dolorosas pueden ser excluidas de la conciencia en forma defensiva. Así la persona se libra de esas emociones dolorosas, pero paga un precio.

El hecho de excluir modelos operativos o representaciones de la conciencia obliga a una persona a trabajar en un nivel consciente con un modelo inadecuado de la realidad, lo cual lleva a un comportamiento inapropiado y

quizás incluso patológico. La experiencia clínica demuestra que es más probable que los pacientes estén predispuestos consciente e inconscientemente a redescubrir aquellos modelos representativos asociados a emociones dolorosas cuando se sienten seguros con un terapeuta empático y amable. Cuando esto ocurre y los afectos dolorosos surgen en el contexto de una relación terapéutica mutuamente cooperativa, se refuerza a su vez la alianza terapéutica. Un prerrequisito fundamental es que la terapia debe constituirse en base segura y el terapeuta en figura de apego, a partir de la cual uno puede atreverse a explorar y descubrir aspectos sobre uno mismo que son dolorosos de aceptar. Aquí aplican nuevamente las condiciones necesarias para un apego seguro:

- **Disponibilidad afectiva y física.**
- **Sensibilidad:** Capacidad de empatía o capacidad para leer las emociones del otro.
- **Función reflexiva:** Capacidad para reflexionar sobre los estados subjetivos del otro, sus motivaciones.

Así que una terapia orientada desde el apego buscará proveer al paciente el contemplar y reexperimentar su vida en un contexto de escucha y seguridad, con un terapeuta disponible y sensible a sus necesidades. Así posiblemente al revivir el proceso infantil en este nuevo contexto, con un nuevo cuidador que trate de reparar las dificultades de pasadas vivencias, pueda proveer una experiencia emocionalmente correctiva al paciente, facilitando la introspección necesaria de su patología actual o su sintomatología conflictiva y finalmente se exprese en la corrección de ciertos patrones de su estructura de la personalidad con un mejor funcionamiento global posterior.

CONCLUSIONES

Las relaciones de apego de la infancia tienen un gran impacto en el desarrollo mental y sus trastornos, ya que afectan directamente el desarrollo de estructuras cognitivo-afectivas, que son necesarias para construir sus expectativas, la visión del mundo externo y las estrategias de afrontamiento. Las expectativas acerca de la disponibilidad y responsividad de las figuras de apego se incorporan en los modelos de trabajo interno que guían las percepciones y las conductas de sus futuras relaciones.

La experiencia del apego en la infancia inicia el proceso de estructuración de la personalidad del individuo, que se consolida con la maduración y el desarrollo en los años subsecuentes asociado a una continua influencia del ambiente psicosocial. Por tanto la seguridad del apego puede predecir la competencia cognitiva, habilidad exploratoria, regulación emocional, estilo de comunicación, autoconfianza, iniciativa, autocontrol y competencias conductuales.

Por lo tanto las deficiencias dadas durante el proceso, por parte de la figura de apego primaria, con el no cumplimiento adecuado de sus funciones o por parte del infante con alteraciones biológicas; genera graves disrupciones en el proceso, que se manifestaran más adelante en diversos trastornos mentales.

Sin embargo, en individuos que buscan ayuda, existe la posibilidad de hacer un proceso terapéutico reparativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. APA. *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. 4ª. Edición. Texto Revisado (DSM-IV-TR). Porto Alegre. ARTMED, 2002.
2. Assumpção Jr., FB. *Psicopatologia Evolutiva*. Porto Alegre, Artmed, 2009.
3. Assumpção Jr., FB., Kuczynski, E; Rego, MGS; Rocca, CC. *Escala de Avaliação da Reação de Retração do Bebê: um estudo de validade*. Archivos de Neuropsiquiatria, 60(1):2002.
4. Balnerbie, R. *Reactive attachment disorder as an evolutionary adaptation*. Attachment & Human Development. 12(3):265-281; 2010.
5. Beebe, B; Jaffe, J; Markese, S; Buck, K; Chen, H; Cohen, P; Bahruck, L; Andrews, H; Feldstein, S. *The origins of 12-months*

- attachment: a microanalysis of 4-month mother-infant interaction.* Attachment & Human development 12(1-2):3-142; 2010
6. Bruschiweille-Stern, N. *The neo-natal moment of meeting – building the dialogue, strengthening the bond.* Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America; 18(3):533-544; 2009
 7. Crawford, TN; Shaver, PR; Goldsmith, HH. *How affect regulation moderates the association between anxious attachment and neuroticism.* Attachment & Human Development. 9(2):95-109; 2007.
 8. Finger, B; Hans, SL; Bernstein, VJ; Cox, SM. *Parent relationship quality and infant-mother attachment.* Attachment & Human development 11(3):285-306; 2009
 9. Fossati, A; Acquarini, E; Feeney, JA; Berroni, S; Grazioli, F; Giaroli, LE; Franciosi, G; Maffei, C. *Alexithymia and attachment insecurities in impulsive aggression.* Attachment & Human Development. 11(2):165-182; 2009.
 10. Friedman, SL; Boyle, DE. *Attachment in US children experiencing non maternal care in early 1990s.* Attachment & Human Development. 10(3):225-261; 2008.
 11. Gleason, MM. *Relationship Assessment in Clinical Practice.* Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 18(3):581-591; 2009.
 12. Lopes, RJ. *Além de Darwin.* San Pablo, Globo, 2009.
 13. Marcelli, D; Cohen, D. *Infância e Psicopatologia.* Porto Alegre; Artmed; 2009.
 14. O'Brien, G.; Yule, W. *Behavioral phenotypes.* Cambridge; Universidad de Cambridge; 1995.
 15. Schindler, A; Thomasius, R; Sack, PM; Gemeinhardt, B; Kustner, U. *Insecure family bases and adolescent drug abuse: A new approach to family patterns of attachment.* Attachment & Human Development. 9(2):111-126; 2007.
 16. Toledo, RR. *Retração precoce do bebê e humor de gestantes adolescentes de baixa renda.* Disertación de Maestría presentada en el Instituto de Psicología de la Universidad de San Pablo; 2009.

17. Zegers, MAM; Schuengel, C; Van Ijzendoorn, M; Janssens, JMAM. *Attachment and problem behavior of adolescents during residential treatment*. *Attachment & Human Development*. 10(1):91-103; 2008.



CAPÍTULO 7

**TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL
DESARROLLO**

CLASIFICACIÓN, ENFOQUE CLÍNICO - DIAGNÓSTICO Y FARMACOTERAPIA

PROF. EDGARD BELFORT

DRA. OMAIRA ROSALES

INTRODUCCIÓN

Los psiquiatras en el área infantil y juvenil ante la presencia de severas manifestaciones o alteraciones sintomatológicas a temprana edad del desarrollo de los niños o, ante aquellos que presentan un desarrollo aparentemente razonable y en cierto momento exhiben dificultades; manifiestan cierto desacuerdo en el entendimiento y claridad en diferenciar líneas de edad o aparición de ciertos síntomas; así como para el diagnóstico y clasificación de entidades psiquiátricas en niños. En este sentido hay algunos estudios que orientan en aclarar ciertos aspectos.

Los estudios longitudinales de niños psicóticos (Kolvin1971; Makita1966; Volkmary colb.198), revelan una forma bimodal ante la distribución y reconocimiento del inicio de la sintomatología. Los niños que exhiben el inicio de la sintomatología durante los dos primeros años de vida, presentan, de acuerdo a estos estudios, un cuadro clínico que recuerda aquellos casos descritos por Kanner (1943) como el Autismo infantil temprano en contraste con aquellos casos en los cuales el inicio de aparición de los síntomas ocurría en etapas tardías de la niñez, presentando cuadros como alucinaciones, delirios y otros síntomas más consistentes con aquellos observados en el adulto con esquizofrenia; observaciones similares de remarcada diferencia en el curso y en la clínica fueron reportadas en estudios afines (Rutter-1972).

Las descripciones originales en los estudios de estos síndromes de inicio temprano, como el autismo infantil proveen detalles y una descripción clínica, en contraste con otros aspectos del desarrollo infantil. La notoria pérdida de interés en otras personas, de aparente naturaleza congénita, la

presencia de inusuales conductas, marcada resistencia al cambio, estereotipias, movimientos auto estimulatorios, aislamientos, con inadecuado desarrollo del lenguaje, cuando lo presentan, como por ejemplo ecolalia, reversión de los pronombres con problema del uso social del lenguaje, pone en evidencia clínica dentro de la taxonomía psiquiátrica, el autismo. Estas descripciones iniciales de Kanner dan un aporte a la psiquiatría, influencia profundizada por clínicos e investigadores en las siguientes décadas desde su publicación inicial.

El mismo uso de la palabra *autismo* conducía a muchos clínicos a evaluar este, dentro de la misma línea de la esquizofrenia, encontrando numerables reportes de investigaciones que separan el trastorno autista de una esquizofrenia infantil.

La evidencia y la observación empírica de los clínicos en Latinoamérica se alinea a las apreciaciones de Kanner en mantener que el trastorno se presenta con mayor preponderancia en los estratos socioeconómicos medio alto, en padres más educados y exitosos; no obstante debemos reconocer que posiblemente estos son más propensos a detectar más frecuentemente la sintomatología en estos niños. En resumen, todos estos aspectos en la práctica clínica y en la atención de nuestra población infantil y juvenil, anteponen un reto enorme de encontrar rutas visibles de entendimiento y comprensión ante esta entidad psiquiátrica que cada día, se hace más patente en nuestra población latinoamericana.

TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

DEFINICIÓN

Los Trastornos Generalizados del Desarrollo incluyen el Trastorno Autista y un grupo heterogéneo de trastornos que tienen características similares al autismo. Generalmente un TGD, indica que un trastorno del desarrollo es generalizado, en el sentido que afecta a más de una línea del desarrollo.

Se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas. Generalmente estas alteraciones se ponen de manifiesto

durante los primeros años de la vida y se asocian a algún grado de retraso mental.

La Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su décima revisión y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su cuarta edición, incluyen entre los Trastornos Generalizados del Desarrollo: **Trastorno Autista, Trastorno de Asperger, Síndrome de Rett y el Trastorno Desintegrativo Infantil.**

CUADRO 1

TRASTORNOS GENERALIZADOS DE DESARROLLO

CIE 10	DSM - IV
Autismo Infantil	Trastorno Autista
Síndrome de Asperger	Trastorno de Asperger
Síndrome de Rett	Trastorno de Rett
Otro Trast. Desintegrativo de la Infancia	Trastorno Desintegrativo
Autismo Atípico	Autismo Atípico
Otros TGD, TGD no especificado	TGD no especificado
Tr Hiperactivo con Retraso Mental y Movimientos Estereotipados	-----

TRASTORNO DE ASPERGER

El Trastorno de Asperger, descrito por Hans Asperger en 1944, es un trastorno caracterizado por la presencia de déficit social, en niños y adolescentes que presentan un funcionamiento cognitivo normal y un desarrollo inicial del lenguaje, aparentemente sin alteraciones.

Algunos autores consideran que el Trastorno de Asperger, forma parte de un espectro continuo autista, y que no debe diagnosticarse como una entidad aislada; mientras que otros consideran que aunque exista un espectro continuo del autismo, este trastorno es una entidad bien definida que puede

diagnosticarse de forma aislada. Describe la parte más moderada y con mejor funcionamiento de los TGD.

Debido a que no se han realizado estudios epidemiológicos a gran escala, no hay datos claros acerca de la prevalencia en la población general de este trastorno; lo que sí parece estar definido, es que es considerablemente más frecuente en los niños que en las niñas.

El inicio del Trastorno de Asperger es más tardío que el resto de los TGD, o por lo menos es diagnosticado a una edad mayor. En la edad preescolar se comienza a evidenciar el retraso o la torpeza motora, mientras que las alteraciones en la interacción social se evidencian básicamente en el contexto del ambiente escolar. En los tests de inteligencia, estos pacientes presentan una puntuación dentro de los límites normales o por encima, y con frecuencia tienen capacidades especiales. En líneas generales, la evolución suele ser buena.

Características clínicas:

- Socialmente torpe y difícil de manejarse en su relación con los otros.
- Aislamiento social.
- Comunicación no verbal anormal, con problemas con el contacto visual, expresiones faciales, postura del cuerpo o gestos.
- Aunque puede tener un desarrollo del lenguaje normal, es incapaz de mantener una conversación y habla en forma extraña.
- Intensa pero limitada gama de intereses.
- Fijación en un tema u objeto.
- Memoria inusual para los detalles.
- Físicamente torpe.

Criterios de la CIE-10

F84.5 Síndrome de Asperger

A. Ausencia de retrasos clínicamente significativos del lenguaje o del desarrollo cognitivo. Para el diagnóstico se requiere que a los dos años haya sido posible la pronunciación de palabras sueltas y que al menos a los tres años el niño use frases aptas para la comunicación. Las capacidades que permiten una autonomía, un comportamiento adaptativo y la curiosidad por el entorno deben estar al nivel adecuado para un desarrollo intelectual

normal. Sin embargo, los aspectos motores pueden estar de alguna forma retrasados y es frecuente una torpeza de movimientos (aunque no necesaria para el diagnóstico). Es frecuente la presencia de características especiales aisladas, a menudo en relación con preocupaciones anormales, aunque no se requieren para el diagnóstico.

B. Alteraciones cualitativas en las relaciones sociales recíprocas (del estilo de las del autismo).

C. Un interés inusualmente intenso y circunscrito o patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, con criterios parecidos al autismo aunque en este cuadro son menos frecuentes los manierismos y las preocupaciones inadecuadas con aspectos parciales de los objetos o con partes no funcionales de los objetos de juego.

D. No puede atribuirse el trastorno a otros tipos de trastornos generalizados del desarrollo, a trastorno esquizotípico (F21), a esquizofrenia simple (F20.6), a trastorno reactivo de la vinculación en la infancia de tipo desinhibido (F94.1 y .2), a trastorno anancástico de personalidad (F60.5), ni a trastorno obsesivo-compulsivo (F42).

Criterios Diagnósticos del DSM-IV

F84.5 Trastorno de Asperger (299.80)

A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

1. Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
2. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto.
3. Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. Ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés).
4. Ausencia de reciprocidad social o emocional

B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:

1. Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo.
2. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
3. Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. Ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
4. Preocupación persistente por partes de objetos.

C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. Ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).

E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

TRASTORNO DE RETT

Es un trastorno básicamente neurológico, que se presenta casi de forma exclusiva en niñas. Fue descrito por Andreas Rett en 1966. Se caracteriza esencialmente por el desarrollo de múltiple déficits específicos, después de un período de funcionamiento normal tras el nacimiento.

Durante los primeros 5-24 meses de vida, los niños muestran un desarrollo casi normal; a partir del cual se observa una disminución del crecimiento del cráneo, seguida de una detención de las principales destrezas, con pérdida de la capacidad de comunicación y los movimientos intencionales de las manos.

Posteriormente aparecen movimientos estereotipados de las manos, golpeteo, movimientos de la boca y movimientos automáticos de lavado o de roce; luego de este período, se evidencia un trastorno del lenguaje mixto receptivo-expresivo de nivel grave y retraso psicomotor con ataxia de la marcha. Durante esta fase presenta pérdida del interés social y retraimiento. Finalmente, la consecuencia casi invariable es retraso mental grave.

La prevalencia del Trastorno de Rett es de 1: 10.000-15.000 niñas. No se han confirmado casos en niños. El diagnóstico es clínico, ya que no se han identificado marcadores bioquímicos ni fisiológicos. Con respecto a la etiología, hay una fuerte evidencia de una base genética, aunque aun no se conoce el mecanismo exacto.

Criterios de la CIE-10

F84.2 Síndrome de Rett

A. Normalidad aparente durante los períodos prenatal y perinatal, desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros cinco meses de edad y perímetro cefálico normal en el momento del parto.

B. Desaceleración del crecimiento cefálico entre los cinco meses y los cuatro años de edad junto a una pérdida de las capacidades motrices manuales previamente adquiridas entre los seis y los treinta meses de edad. Esto se acompaña de una alteración de la comunicación y de las relaciones sociales y de la aparición de marcha inestable y pobremente coordinada o movimientos del tronco.

C. Grave alteración del lenguaje expresivo y receptivo, junto a retraso psicomotor grave.

D. Movimientos estereotipados de las manos (como de retorcérselas o lavárselas) que aparecen al tiempo o son posteriores a la pérdida de los movimientos intencionales.

Criterios del DSM-IV

F84.2 Trastorno de Rett (299.80)

A. Todas las características siguientes:

1. Desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal.

2. Desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros 5 meses después del nacimiento.
3. Circunferencia craneal normal en el nacimiento.

B. Aparición de todas las características siguientes después del período de desarrollo normal:

1. Desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad.
2. Pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados (p. Ej., escribir o lavarse las manos).
3. Pérdida de implicación social en el inicio del trastorno (aunque con frecuencia la interacción social se desarrolla posteriormente).
4. Mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco.
5. Desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave.

TRASTORNO DESINTEGRATIVO INFANTIL

El Trastorno Desintegrativo Infantil es un trastorno poco frecuente y se define por una rápida regresión neurológica. Que termina la mayoría de las veces en una sintomatología autista.

Es un trastorno que se caracteriza por una marcada regresión en múltiples áreas de actividad, tras un período de 2 años de desarrollo aparentemente normal. Se le ha denominado de diferentes formas: Síndrome de Heller, Demencia Infantil o Psicosis Desintegrativa. Generalmente ocurre entre los 36-48 meses de edad, pero puede ocurrir hasta los 10 años.

Los criterios incluyen las mismas alteraciones que se observan en el autismo: alteraciones de la interacción social y la comunicación, y patrones limitados, repetitivos y estereotipados de la conducta, el interés y las actividades.

El niño pierde su lenguaje, el interés en el medio social, el control de los esfínteres, las habilidades de autocuidado y hay una pérdida de interés en el

medio ambiente. Se reduce la capacidad cognitiva de forma evidente y la mayoría de los niños presentan un retraso mental grave o profundo.

Con relación a la prevalencia no hay datos específicos, pero es mucho menos frecuente que el Trastorno Autista. Más frecuente en el sexo masculino, en una proporción de 4:1.

Criterios de la CIE-10

F84.3 Otro Trastorno Desintegrativo de la Infancia

A. Desarrollo aparentemente normal hasta al menos los dos años de edad. Se requiere para el diagnóstico la presencia de una capacidad normal para la comunicación, para las relaciones sociales y el juego, y para los comportamientos adaptativos hasta al menos los dos años de edad.

B. Al comenzar el trastorno se produce una clara pérdida de capacidades previamente adquiridas. Se requiere para el diagnóstico una pérdida clínicamente significativa de capacidades (y no sólo un fracaso puntual en ciertas situaciones) en al menos dos de las siguientes áreas:

- 1) Lenguaje expresivo o receptivo.
- 2) Juego.
- 3) Rendimientos sociales o comportamientos adaptativos.
- 4) Control de esfínteres.
- 5) Rendimientos motores.

C. Comportamiento social cualitativamente anormal. El diagnóstico requiere la presencia demostrable de alteraciones en dos de los siguientes grupos:

- 1) Alteraciones cualitativas en las relaciones sociales recíprocas (del estilo de las del autismo).
- 2) Alteración cualitativa de la comunicación (del estilo del autismo).
- 3) Patrones restringidos de comportamiento, intereses y actividades repetitivas y estereotipadas, entre ellas, estereotipias motrices y manierismos.
- 4) Pérdida global de interés por los objetos y por el entorno en general.

D. El trastorno no se puede atribuir a otros tipos de trastornos generalizados del desarrollo, a epilepsia adquirida con afasia (F80.6), a mutismo selectivo (F94.0), a esquizofrenia (F20.), ni a síndrome de Rett (F84.2).

Criterios del DSM-IV

F84.3 Trastorno Desintegrativo infantil (299.10)

A. Desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros 2 años posteriores al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.

B. Pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los 10 años de edad) en por lo menos dos de las siguientes áreas:

1. Lenguaje, expresivo o receptivo.
2. Habilidades sociales o comportamiento adaptativo.
3. Control intestinal o vesical.
4. Juego.
5. Habilidades motoras.

C. Anormalidades en por lo menos dos de las siguientes áreas:

1. Alteración cualitativa de la interacción social (p. Ej., alteración de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, ausencia de reciprocidad social o emocional).
2. Alteraciones cualitativas de la comunicación (p. Ej., retraso o ausencia de lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o sostener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego realista variado).
3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos.

D. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.

TRASTORNO AUTISTA

El Autismo Infantil fue descrito por Leo Kanner en el año 1943, en Estados Unidos. Durante muchos años esta patología fue incluida en la categoría diagnóstica de la psicosis, debido al síntoma de autismo presente en los pacientes con esquizofrenia; sin embargo en los últimos años, se ha aceptado que corresponde a una alteración severa del desarrollo.

El Trastorno Autista es el Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD), más frecuente y el que más se ha estudiado.

Definición

El Trastorno Autista es un trastorno generalizado del desarrollo, definido por la presencia de un desarrollo alterado y anormal que se manifiesta antes de los 3 años, por un funcionamiento anormal en la interacción social y la comunicación, y un comportamiento restringido, repetitivo y estereotipado.

CUADRO 2

CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES DEL AUTISMO

. La alteración aparece precozmente
. Severas dificultades de comunicación y relación
. Alteraciones importantes del lenguaje
. Movimientos repetitivos y estereotipados
. Resistencia a los cambios del medio
. Desarrollo intelectual variable: de normalidad a deficiencia severa
. Desarrollo disarmónico

Manifestaciones clínicas

- ***Interacción social***

La característica esencial del Trastorno Autista son las anomalías cualitativas en la interacción social. La intensidad y el tipo de déficit social varían con la edad y el grado de desarrollo del niño.

Estos niños habitualmente no desarrollan contacto afectivo con sus padres, ni con quienes lo rodean. La sonrisa social tan característica del lactante está ausente. Un lactante con un trastorno autista, puede resistirse a las caricias y no mostrar intentos de aproximación hacia los padres,

generalmente no inicia los gestos de anticipación cuando otras personas se le aproximan.

Los seres humanos son tomados como un mueble o cosas dentro de la habitación. En la interacción con los demás el niño no muestra interés, no señala objetos ni utiliza el contacto visual con las personas que le rodean. No se vuelve cuando lo llaman y no establece contacto ocular cuando alguien entabla conversación con él.

El niño impresiona por su desinterés y su indiferencia, parece encerrado en una soledad extrema. El retraimiento y el rechazo tienen una evidente función protectora, manifiesta cuando se intenta forzar el contacto: el niño reacciona ante lo que considera como una intrusión, se angustia y se agita.

Las perturbaciones masivas de la relación con el entorno son evidentes en la mirada, con la denominada “mirada periférica”, el niño parece mirar el horizonte como a través de las personas.

La relación con el mundo sonoro es muy peculiar, aunque da la impresión de no oír ruidos ni voces, en realidad se muestra muy sensible a algunos ruidos particulares.

Frente a los objetos su comportamiento es extraño, algunos despiertan un interés compulsivo, sin que el niño los utilice por su función o por un eventual sentido simbólico.

A medida que crece, el niño que tiene un grado de funcionamiento elevado, tiene menos distanciamiento social; sin embargo, generalmente no es consciente de los sentimientos de los demás y no comprende las consecuencias que se derivan de su conducta, como consecuencia de ello, los niños tienen dificultades para hacer amigos y jugar con otros niños.

- ***Lenguaje y comunicación***

Las alteraciones del lenguaje son constantes. Frecuentemente se encuentra una ausencia de lenguaje o un retardo marcado en su adquisición; sin embargo cuando está presente, el lenguaje carece de valor comunicativo o es muy limitado. Los problemas de fluidez en el habla pueden enmascarar problemas de comprensión. Algunos niños articulan con mayor claridad, pero se limitan a verbalizar una gama restringida de temas favoritos y presentan escaso interés por el tema de conversación de la persona con la que está hablando.

Los niños más pequeños presentan ecolalia, repiten de manera estereotipada una frase, en vez de responder gramaticalmente, la cual puede ir acompañada de una inversión de los pronombres, dificultades en la abstracción y alteraciones en el grado de la voz, la cual puede ser monótona o inusualmente aguda en momentos inadecuados de una frase.

El uso del lenguaje pragmático también es deficiente, no gesticula de manera espontánea durante una conversación. Los gestos no verbales son poco uniformes o no existentes. Si no es capaz de gestualizar para llevar a cabo una comunicación eficaz, puede llorar o tener una rabieta, hasta que un adulto adivine lo que necesita.

- ***Conductas estereotipadas***

Las estereotipias y los rituales son característicos de este trastorno. Se describen 2 tipos de estereotipias: gestuales y verbales. Son movimientos repetitivos de las manos frente al rostro y los brazos (aleteo), rotación sobre sí mismo, balanceo alternativo sobre uno y otro pie, oscilaciones de la cabeza, postura de los dedos y preocupaciones sensoriales.

Las ceremonias y los rituales en estrecha relación con el manejo del espacio, son en ocasiones muy complejos: la alimentación, el vestido, las actividades esfinterianas son objeto de verificaciones y ritualizaciones interminables.

Es muy frecuente que estos niños se resistan a los cambios de la rutina cotidiana, y cuando esto sucede a menudo tienen rabietas o hacen resistencia. Pueden alinear objetos o utilizar las mismas figuras de juego de manera repetitiva en vez de una forma imaginativa.

En ocasiones los niños despliegan capacidades fuera de lo común, sobre todo aquellos que presentan funcionamiento elevado, pueden llegar a ser expertos en algunos temas, como la realización de mapas u horarios.

- ***Otros síntomas asociados***

- Hiperactividad y fallas de concentración.
- Umbral alto para los estímulos sensoriales como el frío, calor o dolor.
- Umbral bajo para algunos olores o estímulos luminosos.
- Impulsividad y agresividad.

- Comportamiento autolesivo.
- Alteración del humor.
- Alteraciones de la alimentación y el sueño.
- Presencia de Epilepsia.

CUADRO 3

SÍNTOMAS SEGÚN LAS DIFERENTES ÁREAS

INTERACCIÓN SOCIAL
.No tiene sonrisa social
.No extiende los brazos para ser cargado
.No mira a la cara
.Juega solo y se aísla
COMUNICACIÓN
.No habla ni balbucea
.No responde cuando se le llama
.A veces parece sordo
.No dice adiós con la mano
COMPORTAMIENTO
.Se altera si le quitan sus objetos preferidos
.Coloca los juguetes en hileras
.Tiene movimientos repetitivos: aleteo de manos
.Le dan “rabieta”

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Posiblemente a lo largo de la evolución del caso, el niño ha recibido distintos diagnósticos, dependiendo de las características del cuadro y de la cantidad de especialistas consultados. Hay que hacer el diagnóstico diferencial con varios cuadros:

- ***Retraso Mental***

El niño con retraso mental tiene contacto afectivo con los padres y con quienes lo rodean. Desarrollan lenguaje y se comunican dependiendo de su nivel de retraso.

- ***Esquizofrenia Infantil***

El niño presenta un desarrollo normal afectivo y cognitivo, hasta el momento que se presenta la enfermedad, que puede ser en cualquier momento de su niñez o adolescencia. La sintomatología se caracteriza por la presencia de alucinaciones y un cierto grado de elaboración delirante.

- ***Trastorno Severo del Lenguaje***

Estos niños pueden ser inquietos, tener severos retrasos en sus habilidades y en su desarrollo en general por su defecto comunicativo. Presentan contacto afectivo y social.

- ***Otro Trastorno Generalizado del Desarrollo***

Se debe estar atento a las características generales y clínicas de cada uno, en su forma de presentación y evolución.

Criterios de la CIE-10

F84.0 Autismo Infantil

A. Presencia de un desarrollo anormal o alterado desde antes de los tres años de edad. Deben estar presentes en al menos una de las siguientes áreas:

- **1.** Lenguaje receptivo o expresivo utilizado para la comunicación social.
- **2.** Desarrollo de lazos sociales selectivos o interacción social recíproca.
- **3.** Juego y manejo de símbolos en el mismo.

B. Deben estar presentes al menos seis síntomas de (1), (2) y (3), incluyendo al menos dos de (1) y al menos uno de (2) y otro de (3):

- **1.** Lenguaje receptivo o expresivo utilizado para la comunicación social.

- a) Fracaso en la utilización adecuada del contacto visual, de la expresión facial, de la postura corporal y de los gestos para la interacción social.
- (b) Fracaso del desarrollo (adecuado a la edad mental y a pesar de las ocasiones para ello) de relaciones con otros niños que impliquen compartir intereses, actividades y emociones.
- (c) Ausencia de reciprocidad socio-emocional, puesta de manifiesto por una respuesta alterada o anormal hacia las emociones de las otras personas, o falta de modulación del comportamiento en respuesta al contexto social o débil integración de los comportamientos social, emocional y comunicativo.
- (d) Ausencia de interés en compartir las alegrías, los intereses o los logros con otros individuos (por ejemplo, la falta de interés en señalar, mostrar u ofrecer a otras personas objetos que despierten el interés del niño).

2. Alteración cualitativa en la comunicación. El diagnóstico requiere la presencia de anomalías demostrables en, por lo menos, una de las siguientes cinco áreas:

- (a) Retraso o ausencia total de desarrollo del lenguaje hablado que no se acompaña de intentos de compensación mediante el recurso a gestos alternativos para comunicarse (a menudo precedido por la falta de balbuceo comunicativo).
- (b) Fracaso relativo para iniciar o mantener la conversación, proceso que implica el intercambio recíproco de respuestas con el interlocutor (cualquiera que sea el nivel de competencia en la utilización del lenguaje alcanzado).
- (c) Uso estereotipado y repetitivo del lenguaje o uso idiosincrásico de palabras o frases.
- (d) Ausencia de juegos de simulación espontáneos o ausencia de juego social imitativo en edades más tempranas.

3. Presencia de formas restrictivas, repetitivas y estereotipadas del comportamiento, los intereses y la actividad en general. Para el diagnóstico se requiere la presencia de anormalidades demostrables en, al menos, una de las siguientes seis áreas:

- (a) Dedicación apasionada a uno o más comportamientos estereotipados que son anormales en su contenido. En ocasiones, el comportamiento no es anormal en sí, pero sí lo es la intensidad y el carácter restrictivo con que se produce.
- (b) Adherencia de apariencia compulsiva a rutinas o rituales específicos carentes de propósito aparente.
- (c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos con palmadas o retorcimientos de las manos o dedos, o movimientos completos de todo el cuerpo.
- (d) Preocupación por partes aisladas de los objetos o por los elementos ajenos a las funciones propias de los objetos (tales como su olor, el tacto de su superficie o el ruido o la vibración que producen).

C. El cuadro clínico no puede atribuirse a las otras variedades de trastorno generalizado del desarrollo, a trastorno específico del desarrollo de la comprensión del lenguaje (F80.2) con problemas socio-emocionales secundarios, a trastorno reactivo de la vinculación en la infancia (F94.1) tipo desinhibido (F94.2), a retraso mental (F70-72) acompañados de trastornos de las emociones y del comportamiento, a esquizofrenia (F20) de comienzo excepcionalmente precoz ni a Síndrome de Rett (F84.2).

Crterios del DSM-IV

F84.0 Trastorno Autista (299.00)

A. Existe un total de 6 (o más) ítems de 1, 2 y 3, por lo menos dos de 1, y uno de 2 y de 3:

1. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- a. Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son, contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
- b. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, adecuadas al nivel de desarrollo.
- c. Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. Ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés).
- d. Falta de reciprocidad social o emocional.

2. Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- a. Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).
- b. En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
- c. Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
- d. Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

- a. Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.
- b. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
- c. Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. Ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
- d. Preocupación persistente por partes de objetos.

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: 1) interacción social, 2)

lenguaje utilizado en la comunicación social o 3) juego simbólico o imaginativo.

C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Un niño con un Trastorno Autista puede presentar un período de desarrollo inicial aparentemente normal; sin embargo, en la mayoría de los casos pueden identificarse síntomas ya en los primeros meses de vida.

En general la evolución va a depender del nivel intelectual y de la adquisición de un lenguaje funcional, así como también de un diagnóstico y derivación a tratamiento, lo más precoz posible. Esta detección temprana se debe realizar en las consultas generales de pediatría, utilizando las pruebas estandarizadas de detección de conductas, en las entrevistas de niños sanos.

Durante la etapa escolar la buena capacidad memorística que presentan algunos niños, que tienen un funcionamiento elevado, puede permitir logros académicos importantes; los cuales se van reduciendo al requerirse un razonamiento abstracto y cuando la capacidad de memorización resulta insuficiente.

Debido a lo anterior, en la mayoría de los casos los niños necesitan clases de Educación Especial para sus problemas de aprendizaje, así como por las dificultades sociales y emocionales.

Aproximadamente entre un 10-15% de los niños que tienen un Trastorno Autista, se integran gradualmente a la sociedad, desarrollan una conciencia social y establecen un proceso de adaptación limitado. La gran mayoría tiene una vida sin autonomía y dependientes del apoyo de los padres y familiares. Muchos de los pacientes rehabilitados, en la vida adulta, no presentan diferencias en su actividad respecto a aquellos con Retraso Mental.

ENFOQUE TERAPÉUTICO

El plan terapéutico en el Autismo o en su espectro debe considerar la heterogeneidad, severidad, funcionabilidad, autonomía, socialización, y niveles de síntomas que presenta una persona con este diagnóstico.

En suma la necesidad de establecer un protocolo con una visión holística y multimodal permitiría un acercamiento más acertado a la recuperación, adaptación y calidad de vida de estos niños, de lo cual se hablará ampliamente en la segunda parte de este capítulo, por ahora abordaremos lo concerniente al tratamiento farmacológico.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Una breve mirada por los diferentes tipos de tratamientos farmacológicos permite visionar algunas evidencias clínicas, a través de la experiencia y estudios realizados, para la atención farmacológica de este trastorno.

Antipsicóticos

En la práctica y estudios clínicos, se observan experiencias en la utilización de estos fármacos, convencionales y anti psicóticos atípicos, con mayor frecuencia en la atención de este trastorno. Tal como lo evidencia un reciente estudio de uso de drogas psicotrópicas en niños y adolescentes autistas, en educación especial, donde 69 de 353 estudiantes, recibían anti psicóticos (Witwer y Lecavalier 2005). La evidencia de la importancia dopaminérgica en tratar pacientes con autismo, es conocida, por diferentes estudios. Ciertas Investigaciones sugieren que las drogas dopaminérgicas (por ejemplo, estimulantes), empeora los síntomas del trastorno autista. (Campbell y colaboradores, 1972), así como las drogas bloqueadoras de dopamina (Ej., antipsicóticos convencionales), eran asociadas con la mejoría de los síntomas. No obstante las evidencias clínicas, son inconsistentes en encontrar las bases neuroquímicas del autismo en relación a las anormalidades dopaminérgicas (McDougle, 2005). Las dificultades o anormalidades serotoninérgicas, han sido reportadas en varios estudios neuroquímicos, con mayor frecuencia, en personas autistas. (Mc.Dougle, 2003). La evidencia de los antipsicóticos atípicos cada día es mas considerada como efectiva en el tratamiento y mejoría de los síntomas negativos de la esquizofrenia. (Chouinard y colb, 1993), y si algunos síntomas negativos de la esquizofrenia como los síntomas de dificultades sociales, tienen similitud como los presentados en las personas autistas, podría pensarse, que estas drogas tendrían efectos en estos niños. En efecto los antipsicóticos tales como la Risperidona podrían tener efectividad en

estos síntomas, de acuerdo a diferentes estudios de investigación (Fisman y Steele 1996).

Las evidencias anecdóticas y experiencias, confirman la utilización del Haloperidol en niños y adolescentes con autismo. En un estudio doble ciego, randomizado (Anderson y colb.1984) en 40 niños autistas (edades entre 2.3-6.9 años) quienes recibieron haloperidol-placebo-haloperidol o placebo - haloperidol- placebo (en 4 semana para cada fase del tratamiento) en dosis optima de 1.1 mg/día, significativa mejora fue vista en la escala clínica de impresión global, así como en aras de las conductas de estereotipias, hiperactividad, rechazo a las relaciones, negativismo, agresión y labilidad emocional, en la atención y aprendizaje. Los efectos adversos mas frecuentes fueron la excesiva sedación y la irritabilidad. En resumen, múltiples estudios encuentran la eficacia del haloperidol en la variedad de síntomas conductuales en niños y adolescentes con autismo, más que otro antipsicóticos convencionales. Pero las reacciones de disfonía y disquinesia tardía así como el riesgo de los efectos extra piramidales, ha limitado el uso de este medicamento en niños.

Los antipsicóticos atípicos empiezan a tener un espacio de importancia en la atención de este trastorno (clozapina, risperidona, olanzapina, quetepina, ziprasidona, aripripazol). Un resumen de los medicamentos más comúnmente prescritos se dará a continuación:

Risperidona

Inicio con dosis en rango de 0.25-0,5 mg/día. (En niños es recomendable iniciar con dosis bajas a diferencia del adolescente o adulto joven, donde se recomiendan altas dosis de inicio).

Rango de dosis efectiva: 0.5-6mg/día. (Considerar las respuestas y variaciones individuales).

Efectos adversos a considerar: Ganancia de peso, hiperprolactinemia, sedación, síntomas extra piramidales y disquinesia tardía.

Aspectos a considerar para el monitoreo: Peso, índice de masa muscular, perfil lipídico y glucosa, escala de movimientos anormales involuntarios, prolactina.

Olanzapina

Inicio con dosis en rango de 2.5-5 mg/día. (En niños es recomendable iniciar con dosis bajas a diferencia del adolescente o adulto joven, donde se recomiendan altas dosis de inicio).

Rango de dosis efectiva: 5-40 mg/día. (Considerar las respuestas y variaciones individuales).

Efectos adversos a considerar: ganancia de peso, hiperprolactinemia, sedación, síntomas extra piramidales y disquinesia tardía.

Aspectos a considerar para el monitoreo: Peso, índice de masa muscular, perfil lipídico y glucosa, escala de movimientos anormales involuntario.

Quetiapina

Inicio con dosis en rango de 25-50 mg/día. (En niños es recomendable iniciar con dosis bajas a diferencia del adolescente o adulto joven, donde se recomiendan altas dosis de inicio).

Rango de dosis efectiva: 75-800 mg/día. (Considerar las respuestas y variaciones individuales).

Efectos adversos a considerar: ganancia de peso, hiperprolactinemia, sedación, síntomas extra piramidales y disquinesia tardía.

Aspectos a considerar para el monitoreo: peso, índice de masa muscular, perfil lipídico y glucosa, escala de movimientos anormales involuntarios.

Ziprasidona

Inicio con dosis en rango de 20-40mg/día. (En niños es recomendable iniciar con dosis bajas a diferencia del adolescente o adulto joven, donde se recomiendan altas dosis de inicio).

Rango de dosis efectiva: 20-160 mg/día (Considerar las respuestas y variaciones individuales).

Efectos adversos a considerar: ganancia de peso, hiperprolactinemia, sedación, síntomas extra piramidales, disquinesia tardía y prolongación del QT.

Aspectos a considerar para el monitoreo: peso, índice de masa muscular, perfil lipídico y glucosa, escala de movimientos anormales involuntario y electro cardiograma.

Las dosis recomendadas están basadas en la revisión de las investigaciones realizadas y en la experiencia clínica.

Un objetivo principal que debe contemplar el protocolo es lo referente al abordaje educacional. Un referente en esta área lo es el **Programa TEACCH**, por sus siglas en inglés, tratamiento y educación del niño autista referido al hándicap comunicacional, un programa de Carolina del Norte. (Mesibov y col, 2005). Programa que ha sido evaluado en su metodología y técnica. Sus principios básicos derivan de diferentes investigaciones y experiencias durante algunos años, y a continuación se mencionan.

Empírica. Bases por la práctica clínica, valoriza el entendimiento y apreciación de las persona en el espectro del autismo. Su método, el asesoramiento.

Mejorar la adaptación. Donde funcionen profesionales no especialistas. El método intervenciones directas: enseñanza de estructura para el niño y el trabajo con los familiares. El plan de trabajo debe ser diario y estructurado. Participación y colaboración de los padres. El valor; el espíritu de cooperar y colaborar, su método, la consulta y asesoría en forma permanente.

El rol del asesoramiento. Identificar las personas, sus individualidades, necesidades, en el espectro del autismo. El método, el entrenamiento y aprendizaje.

Estructurar el aprendizaje. Entender y apreciar las necesidades e individualidades de las personas en el espectro autista. Método, la investigación, su enseñanza, la rutina.

Enfatizar y reconocer las habilidades y destrezas de las personas con autismo así como su aceptación. Útil no solo para los niños con el problema sino además, para los padres y maestros en reforzamientos positivos de estas destrezas.

En conclusión, las evidencias. Las investigaciones y la experiencia pueden ser pocas, o posiblemente no concluyentes pero, lo cierto es que la personas que presentan el trastorno, siempre sabrán agradecer lo mucho o lo poco que se les pueda dar, dejando una invitación formal a continuar investigando y aportando en este amplio campo de trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico t Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona. Masson SA. 1995.
2. Anderson LT, Campbell M, Grega DM, et al :Holoperidol in treatment of infantile autism: effects on learning and behavioral symptoms. Am J Psychiatry 141: 1195-1202, 1984.
3. Belsito Km, Law PA, Kirk KS,et al: Lamotrigine therapy for autistic disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial Autism Dev Disord 31:175-181,2001
4. Canitano R: Clinical experience with topiramato to counteract neuroleptic induced weight gain in 10 individuals with autistic spectrum disorders. Brain Dev 27: 228-232, 2005.
5. Campbell M, Fish B, David R, et al : Response to triiodothyronine and dextroamphetamine: a Study of preschool schizophrenic children. J Autism Child Schizophr 2:343-358.1972.
6. DI Martino A, Tuchman RF: Antiepileptic drugs: affective use in autism spectrum disorders. Pediatr Neurol 25;199-207,2001.
7. Filipek PA, Accardo Pj, Ashwal S, et al: Practice parameter: screening and diagnosis of autism. Neurology 55:468-479,2000
8. Fisman S,Steele M:Use of risperidone in pervasive developmental disorders: a case series. J Child Adolesc Psychopharmacol 6 :177-190,1996
9. Gómez R, Hernández B. y col. Psiquiatría Clínica. Bogotá. Editorial Médica Panamericana. 2008.
10. Kolvin I: Studies in the childhood psychoses, I: diagnostic criteria and classification, Br J Psychiatry 118:381-384, 1971.
11. Makita K: The age of onset of childhood schizophrenia. Folia Psychiatrica Neurologica Japonica 20:111-121, 1966.
12. McDougle Cj, Erickson CA, Stigler KA, et al: Neurochemistry in the pathophysiology of autism. J Clin Psychiatry 66 (suppl 10):9-18,2005.
13. Mesibov GB, Thomas J, Chapman M, et al: Adolescent and Adult Psychoeducational Profile (AAPEP): Revised TEACCH Transition Assessment Profile (TTAP). Austin, TX., Pro-Ed.2007

14. Montenegro H, Guajardo H. Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Santiago de Chile. Mediterráneo. Segunda Edición. 2000.
15. Parmelee, D. Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Madrid. Harcourt Brace. 1998.
16. Rutter M: Childhood Schizophrenia reconsidered. Journal of Autism and Childhood Schizophrenia 2:315-338,1972.
17. Rutter M, Bailey A, Berument SK, et al: Social Communication Questionnaire (SCQ) Manual. Los Angeles, Ca, Western Psychological Services,2003
18. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, et al: Children's Global Assessment Scale (CGAS), Arch Gen Psychiatry 40:1225-1231,1993.
19. Wagner A, Lecavalier L, Arnold LE, et al: Developmental disabilities modification of the Children's Global Assessment Scale. Biol Psychiatry 61(4):504-511,2007.
20. Witwer A, Lecavalier L: Treatment incidence and patterns in children and adolescents with autism spectrum disorders. J Child Adolesc Psychopharmacol 15:671-681,2005.

ANÁLISIS NEUROBIOLÓGICO Y GENÉTICO ETIOLOGÍA, COMORBILIDADES Y PROGRAMAS DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

DR. RODRIGO CHAMORRO OSCHILEWSKY

El estudio del lenguaje oral es una de las áreas de investigación más antiguas, con una historia de logros extraordinariamente rica y productiva, en ramas tan diversas como la filosofía a las ciencias. Desde otro punto de vista, sin embargo, es una disciplina bastante nueva. En efecto, las principales líneas de investigación vigentes hoy en día adquirieron forma sólo desde hace unos pocos años. La facultad humana del lenguaje parece ser una verdadera propiedad de la especie, y juega un rol fundamental en funciones como la memoria y los procesos mentales que derivan en el desarrollo del pensamiento.

El Lenguaje Oral como forma de comunicación es una función cerebral superior, que como parte del proceso de neurodesarrollo, es evolutiva, por lo que su disfunción debe ser mirada desde el clínico, como un proceso, y hacer un diagnóstico vinculado a esta variable. (Chomsky N 1968; Fitch WT 2005)

TRASTORNO DEL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN

Los Trastornos Generalizados del Desarrollo, hasta hace poco tiempo descritos como Trastornos del Espectro Autista, se caracterizan por deficiencias graves en la socialización y la comunicación asociada a comportamientos inusuales y repetitivos. La frecuencia de estos trastornos ha ido incrementándose en los últimos años y las tasas actuales rondan los 60 casos por cada 10.000 niños, lo que podría atribuirse a factores tales como la evolución de nuevas clasificaciones en el ámbito de los trastornos del lenguaje (T.L), los cambios que devienen de los avances en genómica y la neurobiología, y la práctica clínica asociada a una mayor eficacia en la

detección del trastorno. Por otro lado hay mayor conciencia sobre la importancia de la vigilancia y detección precoz de estos trastornos, con relación a que se ha demostrado que un tratamiento temprano permite mejores resultados en la intervención terapéutica.

Los trastornos del espectro autista parecen tener una gran carga genética, y se ha descrito una gran variabilidad multifactorial como variante epigenética, que incide en la presentación clínica del cuadro. Durante estos últimos años también se ha descrito asociado a la exposición de Thimerosal, como excipiente de algunas vacunas. (Bernard S.2001). En el ámbito genómico se han descrito implicados genes que afectan la maduración sináptica, dando lugar a teorías neurobiológicas que se centran en la conectividad y los efectos nerviosos de la expresión génica. Hay varios tratamientos que podrían abordar los síntomas básicos y concomitantes. Sin embargo, no todos los tratamientos han sido estudiados en forma adecuada. La mejor estrategia para mejorar la eficacia terapéutica sería mejorar la identificación temprana del fenotipo y el desarrollo de guías clínicas a nivel de políticas públicas para el abordaje diagnóstico y terapéutico. Aún no se han identificado claros marcadores biológicos, pero el estudio de metales pesados se promueve en algunos grupos de trabajo.

Hoy claramente hay consenso respecto a que el TGD no es un trastorno psicológico, sino un síndrome conductual de base biológica, comparte sintomatología con otros trastornos del lenguaje y la comunicación, como en algunas variantes del Síndrome Disfásico.(Chamorro R.1994).

El cuadro conocido hoy como autismo clásico fue descrito por primera vez en la década del 40 luego de identificar un trastorno con márgenes claros y presentación similar en un grupo de individuos (Kanner L 1949). Los estudios posteriores han utilizado criterios más amplios de diagnóstico, logrando detectar trastornos diferentes, de sintomatología variable y distintos niveles de afectación. Hoy en día, tanto en Autismo Clásico como otros diagnósticos similares se incluyen en los denominados TGD. (Rapin I.2001).

El autismo es un trastorno del neurodesarrollo que está incluido en la categoría diagnóstica de los trastornos generalizados del desarrollo y se caracteriza por el deterioro grave y generalizado de la reciprocidad, la

socialización, la alteración cualitativa de la comunicación y, los comportamientos repetitivos o poco comunes. La 4a edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV) y la 10a edición del International Classification of Diseases (ICD-10) incluyen los trastorno autistas, el síndrome de Asperger, el síndrome de Rett y los trastornos disociativos de la infancia como los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD).

Con relación a la prevalencia de los trastornos del espectro autista, las estimaciones varían, ésta ha aumentado en gran medida desde la década de 1960, cuando las tasas solo incluían el trastorno autista. La variación de prevalencia ha variado en EE.UU. y Europa, desde los 5 a los 72 casos/10.000 hijos, durante los últimos veinte años. La prevalencia del trastorno de autismo es de 10-20/10.000 hijos.

Desde que, como parte de políticas públicas, en muchos países la educación tiende a ser inclusiva, ha habido un aumento del número de niños con trastornos del espectro autista identificados en los sistemas, por lo que han debido articularse estas políticas en áreas de salud pública. En Chile se ha desarrollado un guía clínica consensuada, para hacer un abordaje nacional integral del trastorno.

(Minsal 2009).

El abordaje diagnóstico debe considerar la evolutividad como variable. Los signos clínicos suelen presentarse entre los 2 a 3 años de edad. Los resultados de estudios prospectivos de niños en riesgo (hermanos de niños afectados) han mostrado que las deficiencias en los campos social y de la comunicación ya pueden observarse entre los 6 y los 12 meses de edad. El diagnóstico muestra heterogeneidad en el fenotipo clínico, la gravedad, y el tipo y frecuencia de los síntomas lo que nos obliga a hacer un abordaje fenomenológico clínico para el diagnóstico, por lo que clasificaciones como las de Rain y Allen parecen ser útiles.

La detección precoz permite hacer la derivación a los servicios especializados y de apoyo a la familia, con el objetivo de mejorar los resultados.

En aquellos países en que la vigilancia sistemática del desarrollo general es parte de una práctica a nivel de la salud pública, ésta permite pesquisar los

signos específicos del trastorno durante la revisión de rutina. La detección universal en toda la población, mediante pruebas estandarizadas no ha sido validada en muchos países, debido a la poca sensibilidad y especificidad de las pruebas. al investigar el efecto de los controles selectivos, describen que más de un tercio de los niños con trastorno del espectro autista no habían sido identificado a los 2 años de edad.(Tebruegge M, 2004).

El grupo de trabajo conjunto sobre la vigilancia de la salud infantil y la American Academy of Pediatrics recomienda la educación de los médicos y las familias para reconocer los signos de alarma y las señales de alerta. Otros países han adoptado estrategias similares, combinando la vigilancia sistemática de la salud infantil mediante un método estándar. En Japón, las herramientas para el chequeo del autismo en los jóvenes y otros trastornos del desarrollo (YACHT) son aplicadas por enfermeras de salud pública en niños de 18 a 24 meses. Investigadores han modificado la lista de verificación para el autismo en los niños pequeños (CHAT) para ser utilizada en China, con una estrategia de pesquisa en el CHAT de dos etapas, incorporando un cuestionario y la observación directa del niño identificado como persona en riesgo, el cual debe ser derivado para evaluar y diagnosticar un trastorno del desarrollo dentro del espectro del autismo.(Wong V, 2004)

Esta evaluación podría hacerse a través de los recursos de la comunidad (por ej., la intervención temprana del personal, educadores, psicólogos, o patólogos del habla), los organismos educativos o los médicos del desarrollo locales. Se pueden consultar revisiones sobre la identificación y la detección precoz. Si se confirma la sospecha de que un niño tiene un trastorno del espectro autista, entonces se completa la evaluación para arribar al diagnóstico definitivo. Estas evaluaciones deben ser multidisciplinarias, dirigidas a los síntomas principales, la cognición, el lenguaje, la adaptación, del sensorio y la motricidad. (Minsal, 2009)

El equipo multidisciplinario debe incluir a médicos clínicos especializados en el habla y la terapia del lenguaje, terapia ocupacional, educación, psicología y, trabajo social. Desde las funciones neurolinguistas se deben administrar baterías que incluyen la neuropsicología, la atención, la función ejecutiva, y el desempeño académico y social.

Básicamente el diagnóstico del Trastorno Autista se basa en la historia clínica y en una evaluación mediante observación directa. Los datos de la historia clínica, se centran en las características de los síntomas de este trastorno, así como los antecedentes familiares, del embarazo y parto.

Asimismo, la evaluación del estado mental, es fundamental y es de carácter observacional, sobre todo en los niños pequeños. Se pretende hacer participar al niño de un juego imaginativo y a los mayores con capacidad verbal, en una conversación.

En los niños que tienen una afectación grave, el diagnóstico puede ser evidente; pero en los que tienen una afección menos intensa, se debe evaluar más exhaustivamente para detectar las dificultades más sutiles.

La evaluación diagnóstica de los TGD puede incluir el uso de los criterios diagnósticos de la CIE o DSM, y de métodos estandarizados para evaluar los síntomas concomitantes básicos:

- Childhood Autism Rating Scale (CARS). Formada por subescalas que diferencian distintas manifestaciones del autismo. Identifica los grados leve, moderado y grave.
- Autistic Diagnostic Interview (ADI): entrevista para el diagnóstico autista.
- Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS): programa de observación de diagnóstico de autismo.
- Wechsler Intelligence Scale for Children: escala de inteligencia para niños de Wechsler. Para medir el nivel intelectual.

Los trastornos comórbidos son comunes en los niños con trastornos del espectro autista y sus familias podrían. Los padres de los niños afectados han aumentado los índices de estrés y de comorbilidades en salud mental, que podrían estar asociados con los problemas de comportamiento de su hijo. Si bien es cierto, tener un niño con una discapacidad, cambia el enfoque sistémico de la familia, los padres de los niños con TGD, particularmente, pasan largos períodos de búsqueda realizando innumerables consultas, con la esperanza de que alguien los “libere” del diagnóstico, variante que debe ser considerada al aproximarse a la entrega de información y orientación a estos padres. Respecto de los pacientes, el comportamiento

comórbido de estos trastornos del desarrollo incluyen la discapacidad intelectual, alteraciones en el procesamiento atencional de la información y otros síntomas como la impulsividad, la presencia de conductas obsesivas, las dificultades afectivas (como la depresión o la ansiedad), las alteraciones del sueño, y las diferencias sensoriales. (Gillberg C.2000). Las comorbilidades médicas como el reflujo gastroesofágico, la selectividad de los alimentos y los trastornos neurológicos (por ej., tics y convulsiones) también tienen un efecto importante en el manejo del paciente y sobre la familia. Algunos objetivos del tratamiento farmacológico podrían ser orientados a modular ciertos comportamientos o comorbilidades afectivas. (Nikolov RN.2008).

Una evaluación diagnóstica integral debe incluir la investigación médica de las causas y los diagnósticos asociados. A la familia se le debe informar la relación genética y el riesgo de recurrencia en los futuros hermanos.

En el ámbito de la Neurobiología, los intentos por identificar teorías unificadas que expliquen las comorbilidades fundamentales no han tenido éxito, lo que no sorprende si se tiene en cuenta la expresión heterogénea de estos trastornos. Un grupo de investigadores han intentado dilucidar teorías neurobiológicas mediante el examen del crecimiento cerebral, las redes neuronales funcionales, la neuropatología, la electrofisiología y la neuroquímica. Las teorías neurocognitivas incluyen trastornos del lenguaje pragmático, dificultades en la intersubjetividad, la función ejecutiva y, la coherencia central débil y la dificultad para integrar la información en un todo significativo, asociado a déficits en la conectividad y las demandas de procesamiento de información.(Pardo CA.2007; Minshew NJ.2007).

Los hallazgos neurobiológicos apoyan estas teorías diferentes. En el 20% de los niños con TGD, se observa macrocefalia entre los 2 y 3 años. El crecimiento del cerebro se acelera a los 12 meses. Estos cambios surgen en paralelo con la aparición de los síntomas básicos durante los primeros 2 años de vida. Los resultados de los estudios con neuroimágenes funcionales han mostrado el crecimiento excesivo en la sustancia blanca cortical y patrones anormales de crecimiento en el lóbulo frontal, lóbulo temporal, y de estructuras límbicas. Estas regiones del cerebro están implicadas en el desarrollo de la comunicación social, las habilidades motoras que se

deterioran en el trastorno del espectro autista. En los últimos años se ha descrito ausencia de neuronas espejo, por lo que este peculiar grupo de células, han sido denominadas las neuronas de la empatía. (Dapretto M. 2006).

En los estudios post-mortem de cerebros, los investigadores también han hallado anormalidades de la citoarquitectura como la reducción del número y tamaño de las células de Purkinje y anormalidades en la mini columnas corticales. La resonancia magnética funcional ha mostrado diferencias en los patrones de la activación y el momento de la sincronización en las redes corticales, con disminución de la conectividad funcional relacionada con el lenguaje, la memoria de trabajo, la cognición social o la percepción, y la resolución de problemas. (Volkmar FR. 2008).

El hallazgo anormal más confiable de la resonancia magnética funcional es la hipoactivación de la zona del giro fusiforme, asociados con déficits en la percepción de personas en comparación con objetos. Los resultados de la resonancia magnética funcional de otros estudios realizados durante tareas de imitación han mostrado un deterioro de la actividad neuronal en espejo en el giro frontal inferior. Con la imagen del tensor de difusión, los investigadores han demostrado una alteración de la sustancia blanca en las regiones del cerebro asociadas con el funcionamiento social. (Amaral DG.2008).

La magnetoencefalografía es una medida no invasiva del campo magnético generado por la actividad neuronal, proporcionando la localización espacial y temporal de la actividad dentro del cerebro. Esta técnica se ha utilizado para investigar los déficits de procesamiento auditivo, con la esperanza de identificar una señal electrofisiológica que pudiera permitir la detección precoz o el control de la evolución. Las investigaciones neuroquímicas con modelos animales y empíricos de drogas son concluyentes (Roberts TP.2008).

La serotonina y las diferencias genéticas en su transporte parecen tener la mayor evidencia empírica de que interviene en el trastorno del espectro autista, mientras que los datos sustentan que los sistemas dopaminérgico y glutaminérgico representan un papel menos importante, pero que están en evolución.

Los estudios sobre el papel de los sistemas dopaminérgico y colinérgico, la ocitocina y los aminoácidos neurotransmisores son promisorios. Juntos, los resultados clínicos, de las neuroimágenes, la anatomía patológica y de los estudios neuroquímicos muestran que los trastornos del espectro autista son trastornos de la organización neuronal-cortical que causan déficits en los procesos de información en el sistema nervioso, desde la organización sináptica y dendrítica hasta la conectividad y la estructura cerebral. Estas modificaciones probablemente alteran el desarrollo de la trayectoria social y la comunicación y parecen estar afectadas por factores genéticos y ambientales.

Los trastornos del espectro autista son altamente genéticos. El riesgo relativo para que se repita este diagnóstico en un segundo es 20-50 veces mayor que en las familias de la población general, lo que crea la necesidad de brindar asesoramiento genético a esas familias. A menudo, los padres y hermanos muestran manifestaciones subsindrómicas leves del autismo, el fenotipo amplio del autismo, incluyendo el retraso en el lenguaje, las dificultades con los aspectos pragmáticos del lenguaje, el retraso en el desarrollo social, la falta de socialización y una personalidad perfeccionista o de estilo rígido. Las estimaciones de la herencia familiar y los estudios en gemelos indican que alrededor del 90% de la varianza es atribuible a factores genéticos, haciendo de este trastorno, el trastorno neuropsiquiátrico más afectado por factores genéticos. Dependiendo de la definición utilizada, el 60-90% de los gemelos monocigotos son concordantes para el trastorno del espectro autista, en comparación con aproximadamente el 10% para los gemelos dicigóticos.

Los trastornos del espectro autista son multifactoriales, con muchos factores de riesgo que actúan juntos para producir el fenotipo. Esta concordancia entre los gemelos monocigotos y dicigotos indica que las tasas de algunos factores de riesgo interactúan (es decir, gen-gen o genes-medio ambiente). Estos efectos podrían ser el resultado de factores tóxicos ambientales o de factores epigenéticos que alteran la función de los genes, que a su vez modifican el tejido nervioso. Los factores epigenéticos pueden ser aspectos específicos del medio ambiente físico) o tipos específicos de experiencias psicológicas que alteran la química del cerebro, a su vez los genes quitan o

agregan actividad específica a los genes durante el desarrollo, o regulan la expresión génica de otras maneras. El papel posible del medio ambiente y de los factores epigenéticos es un área en estudio.

En el 10-15% de los casos, el trastorno del espectro autista se asocia con causas genéticas. De ellas, las más comunes son el síndrome de X frágil (alrededor de 3%), la esclerosis tuberosa (2%) y diferentes signos citogenéticas anormales, como la duplicación materna de 15q1-q13 (aproximadamente el 2%), y las deleciones y duplicaciones de 16p11 (alrededor del 1%) . Ninguna de estas causas es específica del trastorno; más bien, ni de una serie de fenotipos, entre ellos la discapacidad intelectual. (Buxbaum JD 2002; Parr JR. 2010).

En los últimos cinco años han tenido lugar cambios fundamentales en la comprensión de la genética del autismo. Durante muchos años la genómica del TGD era considerada casi exclusivamente como un trastorno genético común, proponiendo que cada uno de los muchos genes a nudo identificados conferirían un efecto pequeño a moderado en los fenotipos. En los estudios de vinculación y asociación, solo algunas variantes comunes han sido identificadas como posibles genes candidatos, muchos de ellos no han sido verificados en estudios posteriores de replicación independientes, poniendo de relieve la dificultad de detallar las causas comunes de un trastorno heterogéneo. La dificultad de hallar variantes importantes y significativas no es privativa del trastorno del espectro autista. Es alentador que el estudio más importante de asociación del genoma haya identificado una variante común de significancia estadística, una región intergénica entre las caderinas 9 y 10. Este hallazgo es muy interesante porque las caderinas son esenciales para la conectividad neuronal, por lo que representa un mecanismo biológico posible para explicar la conectividad.

Otro desarrollo prometedor para la comprensión de la genética de los trastornos del espectro autista es el descubrimiento de variaciones en el número de copias del gen como un factor de riesgo. La variación en el número de copias es una variación estructural en el genoma, en el que el material es duplicado o suprimido. Las variaciones del número de copias pueden ser nuevas o heredadas. Casi todas estas variaciones son supresiones, con muchos fragmentos que contienen varios genes. Las

variaciones del número de copias de novo parecen estar estrechamente asociadas con la deficiencia intelectual y la dismorfología. La mayoría de ellas parece ser individual y única, aunque no se sabe cuáles son las consecuencias, porque su relación con el fenotipo no está establecida, y los hermanos afectados no siempre comparten variaciones específicas. Por otra parte, es difícil saber si una determinada variante de novo es anormal debido a que la distribución en la población de las variaciones del número de copias específicas se desconoce. (Freitag CM.2007).

El conocimiento de los mecanismos biológicos subyacentes en el trastorno del espectro autista se ha obtenido del estudio de los síndromes cuyas tasas son las más elevadas dentro de este trastorno. Por ejemplo, las funciones de los genes subyacentes de X frágil (FMR1) y el síndrome de Rett (MECP2) implican la disfunción sináptica como causa y patogénesis. Más evidencia para la disfunción sináptica como causa de la unificación ha surgido del hallazgo de mutaciones raras en células nerviosas de adhesión y moléculas de adhesión como la neuroligina 4 ligada al cromosoma X (NLGN4X) y la neuroligina 3 (NLGN3). La convergencia de hallazgos genético con implicancias sobre la maduración sináptica es especialmente notable porque las investigaciones también han mostrado, a través de las neuroimágenes, que la conectividad cerebral estructural y funcional son aberrantes en el trastorno del espectro autista. Por lo tanto, los estudios indican que existen anomalías de la maduración sináptica y la conectividad mediadas genéticamente. Los investigadores deben explicar cómo los genes que afectan la maduración de la sinapsis pueden dar cuenta de la especificidad de los comportamientos y las funciones del cerebro que se han alterado, mientras que otros procesos están al mismo tiempo indemnes. (Schaefer GB.2008).

Posiblemente, los problemas de maduración sináptica no siempre están presentes en el cerebro y los genes que afectan la función cerebral pueden estar expresados por regiones, afectando solo algunos sistemas. Como alternativa, todos los circuitos y las sinapsis en todo el cerebro podrían estar, sin embargo es importante considerar que los mediadores sociales, las habilidades comunicativas y la flexibilidad del comportamiento podrían ser vulnerables a un defecto común sináptico subyacente. Una consecuencia

importante de este modelo es la oportunidad de intervenir de forma profiláctica durante los primeros meses de vida. (Minshew NJ 2007).

Los avances de la neurociencia, la neurobiología y la genética en el desarrollo cognitivo y afectivo del trastorno del espectro autista se han traducido en nuevos métodos que potencialmente pueden servir para la detección temprana y el mejoramiento del objetivo y la eficacia terapéuticos. Por ejemplo, las neuroimágenes como la resonancia magnética funcional y la magnetoencefalografía podrían proporcionar biomarcadores para monitorear los cambios fisiológicos antes y después del tratamiento. (Rogers S.2008).

Aún no hay consenso sobre los tratamientos o combinaciones terapéuticas que serán más efectivas. La mayoría de las intervenciones se centran en los déficits y las condiciones asociadas. Los síntomas basales podrían manejarse mejor si el tratamiento se iniciara precozmente. (Howlin P.2009). Para la mayoría de los niños, el foco principal de la intervención es sobre sus familiares o sistemas educativos.

Los programas completos de tratamiento incluyen combinaciones de programas de enseñanza especializada, el desarrollo de terapias multidisciplinarias y tratamientos conductuales. Los objetivos terapéuticos deben estar dirigidos a mejorar el estado funcional de los pacientes mediante la adquisición de competencias básicas en las áreas deficitarias, y la disminución del efecto de las comorbilidades.

La configuración de las intervenciones en educación van desde las clases especiales tiempo completo (especialmente en escuelas especializadas), clases especiales a tiempo parcial o salas con recursos de educación especial de apoyo (en la escuela común), en las que el niño es incluido en una clase de educación normal y se desarrollan estrategias de apoyo basada en las necesidades educativas especiales del niño (NEE). Hoy sabemos que el uso de varias estrategias frente a la socialización o las relaciones interpersonales, la adquisición del lenguaje, el juego, y otras habilidades, y las condiciones comórbidas. (Rogers S.2008).

El déficit de socialización puede abordarse individualmente o en pequeños grupos. Las estrategias para la modulación del comportamiento y las habilidades sociales, favorecerá la interacción entre pares y promover las

habilidades lúdicas. Debido a que los déficits de comunicación son fundamentales en los TGD, es muy importante el tratamiento fonoaudiológico. En los jóvenes y los niños sin comunicación verbal las estrategias incluyen la aplicación de técnicas de refuerzo de la atención y la imitación generando un lenguaje aumentativo. Se han ido desarrollando sistemas tecnológicamente más complejos y sofisticados, posibles de aplicar multidisciplinariamente.

En estudios controlados sobre las intervenciones en las que participan los padres han mostrado que dicha participación es un aspecto importante de la intervención. Los investigadores comprobaron que la generalización y el mantenimiento de los cambios de comportamiento mejoraron cuando los padres fueron capacitados con métodos de comportamiento muy estructurados. En la actualidad se considera que la colaboración de los padres es importante en todas las etapas, desde la evaluación hasta el desarrollo de los objetivos y aplicación terapéuticos.

Ver como referencia en la primera parte de este capítulo el Programa TEACCH.

Los tratamientos médicos pueden ser efectivos para hacer frente a las comorbilidades de comportamiento o médicas. En la actualidad no existe un tratamiento biológico para todos los síntomas del espectro autista (Ozonoff S.2005).

Aunque los agentes farmacológicos existentes no son totalmente efectivos para el tratamiento de los síntomas principales de los trastornos del espectro autista, la investigación ha dado un impulso efectivo para estudiar el potencial de los fármacos para el tratamiento de las alteraciones sociales y del lenguaje.

Los síntomas comórbidos más comúnmente controlados por la farmacoterapia son la dificultad de la atención, la hiperactividad, dificultades afectivas (por ej., la ansiedad y depresión), interferencias por una actividad repetitiva, irritabilidad, agresividad, conductas autodestructivas y trastornos del sueño. Hasta hace poco tiempo, los fármacos fueron seleccionados sobre la base de la extrapolación de su uso en otros desórdenes como las dificultades de atención, impulsividad, etc. (Posey DJ 2008). Las comorbilidades con epilepsia amerita la búsqueda de

fármacos, no solo para atender esta dificultad sino además, en el tratamiento más eficaz de las conductas disruptivas tales como irritabilidad, agresión entre otros síntomas en personas con autismo. Pareciera que los anticonvulsivantes como estabilizadores, resultan promisorios en esta área. Sin embargo, no todos los anticonvulsivantes han sido utilizados en el tratamiento de pacientes con autismo, solo aparecen en la literatura en asociación con el autismo, el valproato, lomotrigena, cabarmazepina, y topiramato.

Finalmente es importante mencionar que las formas de presentación clínica de estos trastornos tienen una evolutividad variable, pero muchas veces pareciese darse cuadros límites entre estos y otros Trastornos del Lenguaje, como los Síndromes Disfásicos y la Discapacidad Intelectual, compartiendo síntomas como la Hiperlexia, las alteraciones semántico pragmáticas y comportamientos obsesivos, por lo que, como hemos mencionado anteriormente, el abordaje multidisciplinario es una obligación.(Chamorro R.1994 ;Rapin I.2008).

BIBLIOGRAFÍA

1. Amaral DG, Schumann CM, Nordahl CW. Neuroanatomy of autism. *Trends Neurosci* 2008; 31: 37–45.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders,
3. 4th edn, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
4. Bernard S, Enayati A, Redwood L, Roger H, Binstock T. Autism: a novel form of mercury poisoning. *Med Hypotheses*. 2001;56:462–471
5. Bernard S, Enayati A, Roger H, Binstock T, Redwood L. The role of mercury in the pathogenesis of autism. *Mol Psychiatry*. 2001;7.

6. Buxbaum JD, Silverman JM, Smith CJ, Kilifarski M, Reichert J, Hollander E, et al. Evidence for a susceptibility gene for autism on chromosome 2 and for genetic heterogeneity. *Am J Hum Genet* 2001, 69: 470.
7. Chamorro R: Trastornos del Lenguaje en Manual de neurología pediátrica. Devilat M, Mena F. Ed, Mediterráneo Stgo Chile: 1994.
8. Chomsky N. *Language and Mind*. Harcourt Brace Jovanovich, Inc., 1968.
9. Dapretto M, Davies MS, Pfeifer JH, et al. Understanding emotions in others: mirror neuron dysfunction in children with autism spectrum disorders. *Nat Neurosci* 2006; 9: 28–30.
10. Fitch WT, Hauser MD, Chomsky N. The evolution of the language faculty clarifications and implications. *Cognition*. 2005 Sep;97(2):179-210.
11. Freitag CM. The genetics of autistic disorders and its clinical relevance: a review of the literature. *Mol Psychiatry* 2007; 12: 2–22.
12. Gillberg C, Billstedt E. Autism and asperger syndrome: coexistence with other clinical disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 321–33.
13. Howlin P, Magiati I, Charman T. Systematic review of early intensive behavioral interventions for children with autism. *Am J Intellect Dev Disabil* 2009; 114: 23–41.
14. Kanner L "Problems of nosology and psychodynamics in early childhood autism". *Am J Orthopsychiatry* 19 (3): 416–26. 1949.
15. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Guía Clínica de Abordaje Biopsicosocial de los Trastornos Generalizados del Desarrollo Santiago: Minsal, 2009(on line).
16. Minshew NJ, Williams DL. The new neurobiology of autism: cortex, connectivity, and neuronal organization. *Arch Neurol* 2007; 64: 945–50
17. Nikolov RN, Bearss KE, Lettinga J, et al. Gastrointestinal symptoms in a sample of children with pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord* 2008; 39: 405–13.

18. Ozonoff S, Goodlin-Jones BL, Solomon M. Evidence-based assessment of autism spectrum disorders in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2005; 34: 523–40.
19. Pardo CA, Eberhart CG. The neurobiology of autism. *Brain Pathol* 2007; 17: 434-47.
20. Parr JR, Le Couteur A, Baird G, Rutter M, Pickles A, Fombonne E, Bailey AJ; Early Developmental Regression in Autism Spectrum Disorder: Evidence from an International Multiplex Sample. The International Molecular Genetic Study of Autism Consortium (IMGSAC). *J Autism Dev Disord*. 2010 Aug 14.
21. Posey DJ, Erickson CA, McDougle CJ. Developing drugs for core social and communication impairment in autism. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2008; 17: 787–801
22. Rapin I. Trastornos de la comunicación en el autismo infantil. In Narbona
23. J, ChevrieMuller C, eds. El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos. 2 ed. Barcelona: Masson; 2001.
24. Rapin I, Tuchman R. Autism: definition, neurobiology, screening, diagnosis. *Pediatr Clin North Am* 2008; 55: 1129–46.
25. Roberts TP, Schmidt GL, Egeth M, et al. Electrophysiological signatures: magnetoencephalographic studies of the neural correlates of language impairment in autism spectrum disorders. *Int J Psychophysiol* 2008; 68:149–60.
26. Rogers S, Vismara L. Evidence-based comprehensive treatments for early autism. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008; 37: 8–38.
27. Schaefer GB, Mendelsohn NJ. Genetics evaluation for the etiologic diagnosis of autism spectrum disorders. *Genet Med* 2008; 10: 4–12
28. Tebruegge M, Nandini V, Ritchie J. Does routine child health surveillance contribute to the early detection of children with pervasive developmental disorders? An epidemiological study in Kent, UK. *BMC Pediatr* 2004; 4: 4–11.
29. Volkmar FR, Chawarska K. Autism in infants: an update. *World Psychiatry* 2008; 7: 19–21.

30. WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization, 1993.
31. Wong.V et al: A Modified Screening Tool for Autism (Checklist for Autism in Toddlers [CHAT-23]) for Chinese Children.Pediatrics, Aug 2004; 114: e166 - e176

LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

DR. ENRIQUE AGUILAR ZAMBRANO

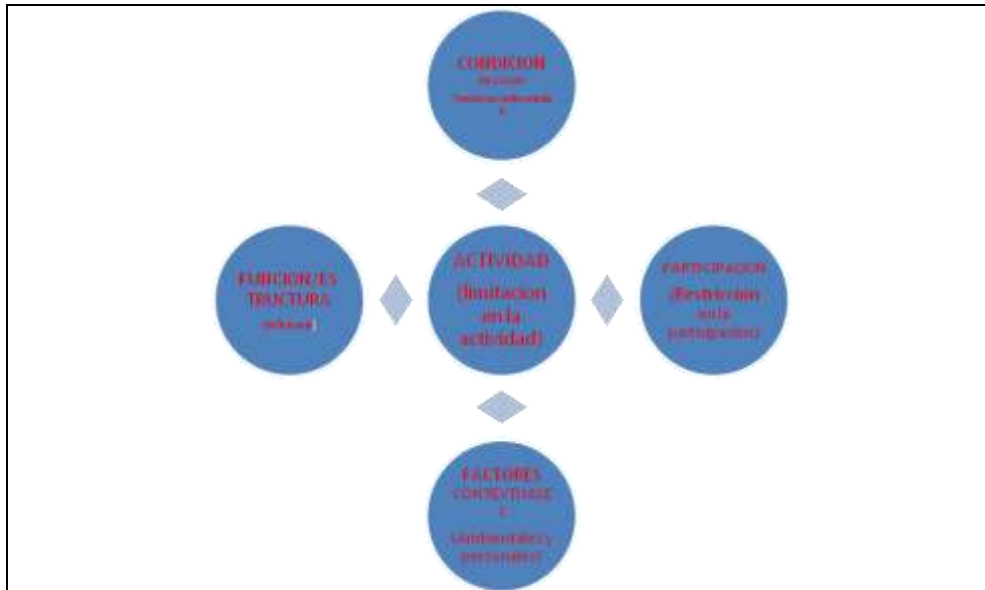
Lo primero que se propone en este capítulo es tratar de describir las acciones prácticas que podemos realizar con las personas que tienen una discapacidad intelectual, es decir cómo debemos plantearnos desde el principio la aceptación de la familia y su manejo inicial, la intrincada conducción hacia el diagnóstico que dicho sea de paso, no tiene la importancia que se le atribuye, pues hasta una persona neófita puede indicarnos que ese niño tiene una deficiencia. Es más importante la asesoría que se puede dar a los padres en todas las etapas del crecimiento, pues de su apoyo oportuno, sin sobreprotección; con progresiva libertad de la persona con discapacidad para ir administrando su propia vida; se puede conseguir el máximo nivel de independencia que sus capacidades se lo permitan.

CONCEPTO

- La discapacidad intelectual (DI) se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual, como en la conducta adaptativa, tal como se expresa en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años (aaid, 11^a. Ed. 2010)

Este concepto puede analizarse mejor en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 1 Concepto



En este esquema entendemos como **Funciones corporales**: Las funciones fisiológicas o psicológicas del organismo

Estructuras Corporales: Partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos y las extremidades

Deficiencias: Problemas en las funciones o estructuras corporales, como una desviación significativa o una pérdida

Actividad: es la capacidad potencial de la persona en la ejecución de una tarea en un entorno uniforme

Limitaciones en la actividad: Son las dificultades que un individuo puede presentar en la realización de actividades

Participación; Implicación en una situación vital. Representa la perspectiva social del funcionamiento. Permite describir lo que los individuos hacen en su ambiente o entorno real

Restricciones en la participación: Son problemas que un individuo puede experimentar ante situaciones vitales

La Definición de la Asociación Americana para la Discapacidad Intelectual (aaidd, por sus siglas en Inglés) siempre ha hecho hincapié; antes que en el nivel de deficiencia, típicamente medibles por los test de inteligencia; en la

posibilidad de evaluar y garantizar los niveles de apoyo² que esa persona necesita, pues una discapacidad intelectual leve, sin el más mínimo apoyo puede derivar en una deficiencia mayor, mientras que, una discapacidad moderada con apoyos tempranamente planificados y sostenidos generará una mejor adaptación y funcionamiento de esa persona.

Siempre que hablamos de limitaciones en el funcionamiento actual, de una persona con discapacidad intelectual, debe pensarse que estos se den en entornos comunitarios típicos, con sus iguales en edad y cultura y para que exista una evaluación válida de estas limitaciones debe considerarse las diversidades culturales y lingüísticas, así como las diferencias en factores de comunicación como pueden ser los sensoriales, motrices y conductuales.

Debe considerarse también que en un mismo individuo coexisten a veces las limitaciones con puntos fuertes. El identificar las limitaciones nos permitirá desarrollar un perfil de necesidades de apoyo³ y también los puntos fuertes pueden ser, a su vez, reforzados. Pues con los apoyos apropiados, durante un periodo mantenido, el funcionamiento vital de la persona con discapacidad intelectual generalmente mejorará (Verdugo-Alonso, Miguel A. 2010)

ETIOLOGIA

Buena parte de los autores coinciden (Rodríguez-Sacristán, J, 1995) en que el origen de la discapacidad intelectual puede ser desconocido o muy difícil de demostrar hasta en el 50% de los casos, un resumen de estas causas puede encontrarse en el Cuadro No. 2 que está organizado de acuerdo al criterio temporal.

Las causas prenatales genéticas, cuando son cromosómicas, sitúan la inteligencia entre 40-45 puntos de C.I. con afectaciones múltiples de órganos y sistemas; en caso de estar ligados al cromosoma X, la afectación es ligera o moderada, En el grupo de Síndromes neurodérmicos, craneofaciales, oculares, musculares y óseos, tienen una afectación moderada del C.I. Los trastornos metabólicos suelen originar DI profundas, mas aun en nuestros países donde la detección temprana de los mismos es

² Este concepto surgió en la aaid en 1992

³ La misma aaid expresó este concepto en 2002

más bien ocasional. Las anomalías congénitas del Sistema Nervioso Central dan una vida corta y una pérdida muy importante de la inteligencia, se escapa de este patrón la Espina Bífida y la Hidrocefalia, por los actuales abordajes de cirugía correctiva y derivación de la hipertensión endocraneal. En las causas ambientales, la afectación varía pero tiende a ser moderada. Las causas postnatales, como las encefalitis virales dan una afectación profunda de la inteligencia, en cuanto a los trastornos degenerativos o, por desmielinización, provocan D.I. profunda. Otras postnatales como la desnutrición, o las derivadas de causas sociales como consumo de alcohol y drogas por parte de los padres, privación por abandono, pueden dar afectaciones de moderadas a profundas. En la combinación de varias causas como sepsis, encefalitis y convulsiones postnatales, generalmente la afectación es profunda como hemos constatado en el programa NAR⁴

⁴ Programa NAR, prevención y control de niños de alto riesgo psiconeurosensorial, Ecuador, 2004

Cuadro No. 2 Causas de Discapacidad Intelectual, según criterio temporal

<p>I. CAUSAS PRENATALES</p>	<p>1. Alteraciones cromosómicas a. autosómicas b. D.I. ligada al cromosoma X</p> <p>2. Síndromes Congénitos a. Neurocutáneos b. Musculares c. Oculares d. Craneofaciales e. Óseos</p> <p>3. Metabolopatías Congénitas a. Por trastornos de aminoácidos b. Por Trastornos de los Hidratos de carbono c. Por Trastornos de los Lípidos</p> <p>4. Anomalías Congénitas del S.N. Por defectos del tubo neural, por defectos de formación del cerebro, por defectos de migración celular, por defectos intraneuronales. Por defectos adquiridos a nivel cerebral.</p> <p>5. Causas exógenas, adquiridas y ambientales: a. Malnutrición intrauterina b. por drogas, tóxicos y agentes teratógenos c. Enfermedades maternas d. Radiaciones</p>
<p>II. CAUSAS PERINATALES</p>	<p>1. Por causa de la madre a. Problemas intrauterinos b. Distosias</p> <p>2. Problemas en el niño: Anoxia, Hemorragia, Infecciones, Traumatismos</p>
<p>III. CAUSAS POSTNATALES</p>	<p>Traumatismos, Infecciones, Desmielinización, Trastornos Degenerativos, Epilepsia, Tóxicos-Metabólicos, Malnutrición, Ambientales y Sociales. Leucodistrofia, Trastornos de Esfingolípidos</p>
<p>IV. CAUSAS DESCONOCIDAS</p>	

PREVALENCIA

La OMS señala tasas de prevalencia de D.I. del 1 al 3%, según regiones y países, Rodríguez–Sacristán⁵ describe en España una prevalencia del 1% con mayor incidencia en varones, igual porcentaje es citado por Cifuentes, 1993, en América Latina. De ellos solo el 15% podrían considerarse no educables, porque generalmente responde a una causa orgánica específica, el resto tienen afectaciones medias o ligeras que les permiten integrarse a la sociedad y desempeñar actividades de relativa complejidad. En cifras absolutas, la investigación del Consejo Nacional de Discapacidades en el Ecuador encuentra que 432.000 personas tienen discapacidad por deficiencias intelectuales y psicológicas, 17.000 niños menores de 5 años tienen restricciones para participar en la sociedad, por su discapacidad.

CLASIFICACION

La más aceptada es la de la 10ª. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10), que habla todavía de “Deficiencia mental” y la mide según el Coeficiente Intelectual (C.I.):

Cuadro No.3 Clasificación según C.I.

Grado de Deficiencia	Coeficiente Intelectual
▪ Profundo	✓ Inferior a 20
▪ Grave	✓ 20-35
▪ Moderado	✓ 35-50
▪ Ligero	✓ 50-70

Deficiencia Intelectual Ligera: desde el punto de vista pedagógico es una persona “educable”, corresponde casi al 85% de las personas con D.I. generalmente estos niños adquieren tardíamente el lenguaje, pero pueden expresarse bien para las cuestiones cotidianas y para mantener una conversación. Pueden ser independientes en el cuidado de su persona (comer, controlar esfínteres, lavarse, vestirse). Se desempeñan bien en las tareas de la casa pero tienen dificultades en la escuela, especialmente en la

⁵ Rodríguez Sacristán, J.: Psicopatología del Niño y del Adolescente, Tomo II, Universidad de Sevilla, 1995

lectura, escritura y el cálculo. En la vida adulta, si han adquirido buenas habilidades sociales, pueden tener una mínima independencia.

Deficiencia Intelectual Moderada: Son el 10% de las personas con deficiencia intelectual, son lentos en el desarrollo, comprensión y uso del lenguaje y alcanzan un dominio limitado del mismo. En el cuidado personal y las funciones motrices pueden tener retrasos que necesiten de una supervisión permanente, se consideran desde el punto de vista pedagógico “entrenables” pues adquieren nociones de lectura, escritura y cálculo elementales. En la adolescencia, su dificultad para reconocer normas les puede traer dificultades sociales. En la vida adulta pueden realizar trabajos prácticos sencillos, con tal de que estén bien estructurados y se les supervisa, rara vez pueden tener una vida totalmente independiente.

Deficiencia Intelectual Grave: su prevalencia es del 3-4% de la población con D.I. Su desarrollo motor es pobre, con nulas o pocas habilidades verbales para su comunicación, pueden llegar a realizar tareas sencillas en la vida adulta, siempre bajo una estricta supervisión. Pueden adaptarse a la vida en comunidad en ambientes protegidos o con sus familias.

Deficiencia Intelectual Profunda: Constituyen el 1-2% de la población con D.I. no alcanzan autonomía para el cuidado de sí mismos y pueden necesitar un grado muy importante de ayuda, cuidados y supervisión durante toda su vida. Su educación debe orientarse a un cuidado mínimo de su persona, a las actividades domésticas y prácticas.

LA ADAPTACION DEL NIÑO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL AL MUNDO

Si el ser humano llega casi indefenso al mundo, sin embargo le rodea un ambiente de acogida y de gran esperanza, representan la continuidad de nuestra vida terrena y nuestros esfuerzos como padres deben dirigirse a mantener viva la llama de esa esperanza dedicándoles gran parte de nuestros esfuerzos a ese fin. Paulatinamente el mundo ha ido adaptándose para recibir a sus nuevos habitantes, los niños; el siglo XX fue pródigo en estos

esfuerzos, ya que para los siglos anteriores el niño era objeto de la explotación de la máquina de producción capitalista. Recién el Siglo XX se reconocen sus derechos y se establecen los mecanismos para su cumplimiento, sin que eso quiera decir que la ejecución de estos derechos sea universal, falta mucho para lograr esa meta.

A pesar de los avances el mundo, la familia, la sociedad no está preparada para recibir a los niños con discapacidad intelectual, ni remotamente se ha logrado superar el prejuicio de tener, mostrar, compartir con los demás a un niño con déficit intelectual y esta es la primera, si no la más importante barrera que encontrará ese niño en su existencia.

Aun mas, si hay limitación cognitiva en su interpretación del mundo que lo rodea y en desarrollar los mecanismos intelectuales que le permitan desenvolverse en él, esto repercutirá negativamente sobre su autoestima y sobre el desarrollo afectivo y su fuerza y madurez emocional para adaptarse a un ambiente que no necesariamente lo recibe con esperanza y cariño

Por lo tanto no hay una posibilidad real siempre de contar con una personalidad fuerte que lo sostenga y lo haga independiente en un mundo hostil, dándose como respuesta generalmente mecanismos de defensa que lo llevan hacia la dependencia, la pusilanimidad y la labilidad afectiva; por lo tanto lo suyo no serán los grandes desafíos y las grandes empresas.

La familia percibe que su presencia en medio de ellos requiere de renunciamientos, muchísima dedicación y paciencia, pero también grandes compensaciones afectivas y aprender que las pequeñas ganancias en los aspectos de lenguaje, comportamiento, lectoescritura y actividades prácticas de trabajo significan titánicos esfuerzos de estos niños por adaptarse a una sociedad que no está hecha para compensar sus debilidades.

La evolución del concepto de “Educación Especial” al de “Integración e Inclusión” en las escuelas regulares es una de las profundas revoluciones de las últimas décadas, destinadas a mejorar la calidad de vida a través de la inclusión educativa y socio laboral de las personas con Discapacidad Intelectual, siempre dentro de un enfoque de derechos. Curiosamente hemos comprobado que quienes también ganan con la inclusión son los niños sin deficiencias, pues el contacto temprano con las personas con discapacidad les permiten vislumbrar los esfuerzos de estos compañeritos por salir

adelante y desarrollar en ellos mismos los mecanismos de solidaridad, apoyo y comprensión, necesarios para cambiar la realidad de este mundo hasta ahora hostil a la acogida de personas diferentes.

La profunda dedicación y el esfuerzo diario requerirá que los padres puedan contar con mecanismos de “respiro”, especialmente en los casos de déficit profundo, para lo cual las asociaciones de padres y familiares deberán crear ellos mismos las instituciones que les permitan encargarse los fines de semana o periodos cortos a sus hijos para recrearse y descansar, pues el agotamiento puede ser el mejor caldo de cultivo para generar maltrato e injusticias con estos menores. Afortunadamente hay ya en varios países programas de subsidio económico para los padres u otros familiares, con el fin de que puedan dedicar sus esfuerzos al cuidado de estas personas con discapacidades graves, el programa “Joaquín Gallegos Lara” de Ecuador es un buen ejemplo de ello.

LA INTERVENCIÓN

Conste que no hablamos estrictamente de tratamiento, pues este libro está destinado a médicos psiquiatras. Hasta ahora no se ha desarrollado ningún medicamento que mejore o modifique la Deficiencia Intelectual, algunos ayudan a controlar síntomas como los trastornos de conducta, la violencia, la depresión, convulsiones y hasta síntomas psicóticos que pueden desarrollarse en estas personas.

Por lo tanto proponemos una intervención que tiene un alcance mayor que describir una terapéutica limitada y que debe comenzar el momento mismo que el niño nace o el momento que en la vida intrauterina ya se descubre los posibles déficits o se puede establecer un diagnóstico.

La experiencia de recibir a un niño con Discapacidad Intelectual

Una vez que se ha realizado un diagnóstico positivo de un problema en el desarrollo o de un franco trastorno o discapacidad, debemos primero pensar en cómo transmitirlos a los padres, pues solo la posibilidad de este diagnóstico genera en ellos “una significativa conmoción emocional, con ansiedad, angustia, miedos, sentimientos de rechazo y negación, iniciándose

un proceso de duelo que será distinto en cada familia y para cada miembro de la misma”⁶

Es preferible dar la noticia a la vez al padre y a la madre juntos, después de que han visto y han tenido en sus brazos a su hijo, debe hacérselo en un lugar donde se pueda tener la suficiente intimidad y confianza para esta comunicación, para compartir los sentimientos y brindar apoyo mutuo.

Debe haber seguridad en el informante no solo sobre el diagnóstico sino sobre el pronóstico y las reales posibilidades de ayuda, estudiando para ello la situación afectiva de la familia, sus condiciones económicas y sus nociones sobre lo que realmente sucede con su hijo. Si es necesario se ofrecerá futuras entrevistas para seguir aclarando sus dudas e inquietudes.

La comunicación debe ser clara y directa, utilizando en lo posible términos comprensibles para ellos, con una exposición global de la problemática y no referida solo al momento actual, con el fin de que ellos puedan ir asumiendo su papel en el futuro cuidado de la discapacidad de su hijo.

Debe haber un profesional responsable enterado y con experiencia en este tema, que pueda hacer un verdadero acompañamiento a la familia y además absorber, resolver en lo posible sus angustias e inquietudes y proporcionar un panorama objetivo y realista de las posibilidades de tratamiento y evolución, todo esto seguramente tranquilizará a la familia, aunque el diagnóstico y el pronóstico no sean necesariamente buenos y les permitirá enrolarse en el proceso de aceptación y ayuda posterior a su hijo.

EL PROCESO DIAGNÓSTICO

Este proceso puede ser complicado y requerir de todas las fuerzas de los padres del niño con discapacidad intelectual, pero a la vez el médico debe pensar que es la primera y seguro la mejor oportunidad de involucrarlos definitivamente en la vida del niño y en la importancia de cuidarlo, quererlo y disfrutar de su compañía.

Cuatro aspectos destacan por su importancia en la evaluación diagnóstica:

- Las limitaciones cognitivas
- El desarrollo afectivo

⁶ El Libro Blanco de la Atención Temprana, Documentos 55/2000, Real Patronato sobre Discapacidad, España, 2002. pp. 33-35.

- Su adaptación social
- Su autonomía personal

Evaluar el área cognitiva era hasta hace algunos años la única labor psicométrica con estos niños, olvidándose de las otras tres, no debemos caer en ese reduccionismo, pues aunque reviste mucha importancia, es solo un aspecto de lo que hay que evaluar.

La escala de inteligencia de Wechsler (Wais-Wisc-Wpssi) es considerada la mejor en este aspecto y se le une la de Terman-Merril, las subescalas del primero nos permiten identificar diferentes áreas y procesos del desarrollo del niño.

El uso de las actuales escalas de desarrollo infantil como el Brunet Lezine o el Macarty, dan una idea mucho más exacta de los diferentes factores del desarrollo y de las observaciones que hace la madre en torno al desarrollo de su hijo, estas escalas no dan un C.I. sino un coeficiente de desarrollo (CD) y tienen una forma de corregir la edad de los pacientes prematuros para un mejor cálculo del CD. La escala de maduración de Gesell es también muy utilizada, especialmente por los pediatras.

La escala de maduración de Vineland es se usa para medir el funcionamiento social, permite obtener una edad social que puede contrastarse con la mental. La Guía Portage, tiene también mucha utilidad especialmente con los niños pequeños, pero requiere de visitas e intervención en el ambiente familiar.

Rodríguez Sacristán, 2005 recomienda no olvidar los siguientes aspectos en la evaluación de un niño o joven con discapacidad intelectual:

- Descripción de conductas relevantes
- Dinámica familiar
- Dinámica institucional
- Datos psicométricos (Edad Mental y C.I.)
- Datos neuropsicológicos
- Lenguaje
- Conductas y niveles psicomotores
- Diagnóstico Psicopatológico
- Evaluación para la intervención:

Descripción de objetivos psicológicos

El tipo de tratamiento psicológico

- Consideraciones Globales y específicas sobre el desarrollo psicológico del niño con discapacidad intelectual, su capacidad de adaptación y el posible pronóstico

EL TRATAMIENTO

La descripción de los tratamientos necesarios para el niño con discapacidad intelectual rebasa las posibilidades de espacio de este capítulo, sin embargo debemos hacer unas señalizaciones importantes que permitan guiar al profesional y a los padres.

Una vez definido el nivel de discapacidad, sus fortalezas y los apoyos necesarios para el proceso madurativo, debemos hacer algunas recomendaciones según la edad.

En la primera infancia, son las unidades de seguimiento madurativo, semejantes a las Unidades de Control de Recién Nacidos de Alto Riesgo (NAR) las que tienen la primera opción en el seguimiento e intervención con los niños que a su nacimiento presentan algún déficit en su desarrollo, un control oportuno y sostenido permite detectar nuevos problemas que pueden presentarse y derivarlos para su tratamiento. A la vez el inicio de la Intervención Temprana, con sus métodos de estimulación individual programada permitirá subsanar las deficiencias de origen o las que vayan apareciendo durante el proceso de control del neurodesarrollo. Las intervenciones preventivas que se pueden lograr con estos programas se describen en el capítulo destinado al programa de Niños de Alto Riesgo (NAR).

Cuando el control del proceso madurativo, ha llegado a los seis o siete años, se plantea la disyuntiva de la inclusión del niño con discapacidad al proceso de escolarización. Esto también depende del nivel alcanzado durante su proceso de estimulación y de los apoyos familiares que se hayan logrado, así como de la autonomía que alcance el niño con todas estas terapias.

Lo recomendable es actualmente la inclusión en la escuela regular, con el fin de que comparta con los niños de su barrio, de su comunidad los avatares de la vida escolar y a la vez desarrolle en los otros niños los procesos de aceptación y solidaridad hacia quien tiene una discapacidad intelectual.

Cuando esto no sea posible, siempre deberá pensarse en algún tipo de educación especial, que lleve al individuo a su máximo nivel de desenvolvimiento en el ámbito familiar y social.

En los adolescentes los programas de capacitación para el trabajo, siempre y cuando tengan una adecuada organización pedagógica y laboral, permitirán a los jóvenes integrarse, después de obtener una destreza en determinado trabajo, a los ambientes laborales de las empresas que tengan apertura y que apoyen estos procesos. Para ello los programas de empleo con apoyo, las bolsas de trabajo para personas con discapacidad y las leyes que determinan un porcentaje de empleados con discapacidad en las empresas, sirven de gran sustento.

Los programas de empleo protegido y empleo con apoyo, que permiten estar pendientes de los jóvenes trabajadores en intervalos variables, se han demostrado muy positivos para lograr y mantener empleos para estas personas.

EL TRATAMIENTO DE LOS SINTOMAS

En las personas con discapacidad pueden presentarse como síntomas, o verdaderos cuadros clínicos: desde ansiedad hasta psicosis, pasando por cuadros depresivos, trastornos de conducta, agresividad, autoagresividad y otros.

En la ansiedad, el uso de ansiolíticos benzodiazepínicos y betabloqueantes está recomendado, siempre con las suficientes precauciones para evitar la habituación, especialmente de los primeros, así mismo debe evitarse que los padres o cuidadores los usen como tranquilizadores, para evadir su cuidado o hasta para mantenerlos dormidos.

La depresión también puede abordarse con los actuales medicamentos Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina o los de acción dual, en dosis aprobadas para las edades respectivas.

Para los trastornos de conducta y la autoagresividad se han planteado múltiples tratamientos conductuales con diversos resultados, pueden ayudar en estos casos algunos anticonvulsivos como el ácido valproico y la carbamazepina.

Los cuadros psicóticos pueden ser transitorios, o crónicos y su tratamiento puede enfocarse de igual manera que en una persona que no tenga discapacidad, ajustando dosis y vigilando las posibles interacciones con la medicación regular que tome el paciente.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Aguilar E.: et al.:** Programa NAR, Prevención y Atención de niños de alto riesgo psiconeurosensorial, Ecuador, 2004
- 2 Rodríguez Sacristán, J.:** Psicopatología del Niño y del Adolescente, Tomo II, Universidad de Sevilla, 1995 .pp:855-905
- 3 Verdugo Alonso, M.:** Discapacidad, Discapacidad Intelectual y Conducta Adaptativa. Seminario Internacional de Educación Inclusiva. FGE, ME. Quito, Julio 2010
- 4 Tamayo,R.:** Proyecto Inclusión Niños y Jóvenes con necesidades Educativas Especiales al Sistema Educativo Ecuatoriano, FGE, Quito, -.2010
- 5 AAIDD.** Edición 2010
- 6 El Libro Blanco de la Atención Temprana,** Documentos 55/2000, Real Patronato sobre Discapacidad, España, 2002. pp 33-35.

Sección III

**TRASTORNOS PREVALENTES
EN SALUD MENTAL EN LA
ETAPA ESCOLAR Y
ADOLESCENCIA**



Dentro del contexto familiar el niño no es simplemente un recipiente pasivo que recibe las influencias familiares, siendo un agente en las transacciones familiares

**TRASTORNOS DISRUPTIVOS DE LA CONDUCTA Y
RASGOS PATOLÓGICOS DE PERSONALIDAD EN
NIÑOS Y ADOLESCENTES**

DR. JOAQUÍN DÍAZ ATIENZA

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

DEFINICIÓN

Los seres humanos nos movemos en el dilema que supone nuestra necesidad de vivir en sociedad, única forma de acceder a la cultura, y nuestra rebeldía frente a determinadas normas que experimentamos como medidas arbitrarias que coartan nuestra libertad. Cuando esta rebeldía se adaptan a los patrones exigibles por nuestro medio se admiten socialmente, incluso puede ser motivo de exaltación. Cuando, por el contrario, traspasa el umbral de lo admitido, hablamos de inadaptación social en un sentido laxo. En este tema, cuando hablamos de trastornos de conducta, en ellos se incluyen las conductas propiamente disruptivas, el TND y el TD.

El interés que despiertan los trastornos de conducta en la infancia se remonta al siglo XIX. Las investigaciones surgieron no sólo en la medicina, sino también en la pedagogía. Siempre fueron considerados como un problema sociosanitario y/o judicial importante de presentación, sobre todo, en las clases más desfavorecidas. Varios han sido los nombres que se ha utilizado: Para Bourneville serían “niños inestables”, para Still sería un defecto del “control moral” debido a anomalías cerebrales, para Heuyer estos problemas serían por causas fundamentalmente psicosociales. Con el término de “personalidad psicopática” se describía a niños con un temperamento caracterizado por rabietas no controlables, la heteroagresividad, los robos, las mentiras, las provocaciones y la crueldad. Posteriormente, a este trastorno de “personalidad” se le llamó trastorno de conducta.

De otra parte, nos gustaría aclarar que el término disruptivo es un anglicismo que en castellano no traduce realmente lo que entendemos como conductas disruptivas, ya que su traducción sería “que produce ruptura brusca”. De aquí que algunos autores lo traduzcan como conductas perturbadoras cuyo significado se adapta más a lo que clínicamente se entiende por conducta disruptiva. A saber: “una conducta que trastorna el orden y concierto, o la quietud y el sosiego de algo o de alguien” (Diccionario de la Real Academia).

Otra variable muy importante cuando hablamos de conductas disruptivas es la agresividad. Sin embargo sabemos que la agresividad en sí misma no es patológica ya que es consustancial con el ser humano y es considerada como una conducta básica para la supervivencia. Es cierto que cuanto más se avanza en socialización, menor peso adquiere como mecanismo de supervivencia, aunque continúa vigente y con fuerza en nuestros días como se demuestra en la acumulación de armas cada vez más destructivas.

Por tanto, se nos plantea el interrogante de cuando podemos hablar de conductas disruptivas como trastorno y cuando estas son consideradas normales.

Evolución de las conductas disruptivas

La conducta pro social comienza desde el nacimiento con el establecimiento del vínculo cuyo desarrollo es considerado como el motor y sustrato de la misma. La calidad de vínculo actúa como mecanismo que favorece, o dificulta, la autorregulación emocional considerada el instrumento psicológico necesario para controlar las frustraciones, algo que suele producirse hacia los 3 – 4 años de edad. Cuando las rabietas, la desobediencia y las conductas desafiantes persisten en el tiempo y/o son muy intensas, son unos indicadores fiables de riesgo para la presentación de futuros problemas de conducta. Sin embargo, lo habitual es que este tipo de conductas, más frecuentes en niños, suelen ir remitiendo con la edad. En este sentido, para Rey y col (2005) los síntomas propios del Trastorno Negativista Desafiante (TND) precederían a los del Trastorno Disocial (TD): el empecinamiento y la testarudez son un problema cuando se prolongan a partir de los 3 años, las conductas desafiantes a partir de los 5,

el oposicionismo hacia los 6, las mentiras hacia los 8 años y los robos a los 12. Cuando los robos se consolidan en la adolescencia suele ser un síntoma conductual de mal pronóstico.

Pero analicemos la fenomenología de algunos de estos síntomas.

1.- La agresividad y las crisis de cólera. Aunque presente en los trastornos de conducta, no es exclusiva de ellos pudiéndose presentar en otros trastornos psiquiátricos como la depresión, el TDAH y los trastornos psicóticos. Clásicamente suele distinguirse entre **agresividad impulsiva** e **instrumental**. La primera suele ser espontánea, hostil o reactiva y la segunda deliberada. En ambas se encuentra implicado el eje hipotálamico-hipofisario-adrenal, presentando una hiperreactividad en la agresividad reactiva y una hiporreactividad en la agresividad instrumental. La reactiva es más específica del TND y la instrumental del TD.

Las conductas agresivas suelen incrementarse a partir del segundo año hasta los tres, para ir descendiendo a partir de esta edad (Tremblay y col, 2004). Las crisis de cólera seguirían el mismo patrón evolutivo. La agresividad física suele ir disminuyendo con la edad, igual que sucede con las rabietas y las crisis de cólera. En los individuos en los que permanecen, suelen cumplir criterios diagnósticos de TND o TD (Lacourse y col, 2003). Cuando un niño no ha presentado estos síntomas antes de los 10 años es difícil que su presentación a partir de esta edad obedezca a un trastorno de conducta.

2.- Las mentiras. Su valor como síntomas es edad-dependiente y suelen dividirse en: **mentiras utilitarias**. Son propias del adulto y, cuando se dan en el niño, se debe al aprendizaje. Como dice Aguriaguerra (1984) “no es raro que el niño mentiroso tenga padres mentirosos”. **Mentiras compensatorias**. Más que a la obtención de un beneficio responden a la necesidad de dar una imagen de sí mismo. Se consideran poco importantes, incluso normales, hasta los seis años. **La mitomanía**. Consiste en la tendencia patológica a crear historias imaginarias. Las primeras son más propias de los trastornos de conducta, en tanto que las compensatorias y la mitomanía se encuadrarían en estructuras neuróticas de la personalidad. De todas formas hay que tener presente que la gran mayoría de los niños mienten sin que tengan valor semiológico. Cuando la mentira se encuadra en lo que la literatura denominan “mentirosos crónicos” nos encontramos,

igualmente, a niños que son más agresivos, hiperactivos y de temperamento oposicionista (Gervais y col, 2000).

3.- Robos. No podemos hablar de robo hasta la edad de 6 – 7 años que es cuando el niño adquiere el concepto de propiedad, aunque lo que realmente adquiere un valor predictivo de conductas antisociales es cuando los robos se integran en acciones de grupo. Los robos se han relacionado con carencias afectivas, alteraciones en los cuidados parentales básicos y/o con pautas educativas de rigor extremo. Otro aspecto importante es que los robos, contrariamente a las agresiones físicas y a las conductas vandálicas, suelen ir incrementándose con la edad (Lacourse y col, 2002).

4.- Fugas. No podemos hablar de fugas, como síntoma de conducta, antes de los 6-7 años. Su duración dependerá de la edad prolongándose en el tiempo conforme se avanza hacia la pubertad y la adolescencia, siendo lo más frecuente su presentación hacia los 13 años. Los novillos o fugas de la escuela están más relacionados con el fracaso escolar y las fobias que con los trastornos de conducta.

CLASIFICACIÓN

Existen dos formas de acercarnos a la semiología conductual en la infancia y la adolescencia: a través de sus manifestaciones conductuales más relevantes y su análisis estadístico, o agrupando estas manifestaciones en categorías. Suele afirmarse que la primera es de mayor utilidad para el clínico, en tanto que la segunda lo sería para la investigación.

Sin embargo, cuando evaluamos la psicopatología infantil nos enfrentamos a dos principios: el **principio de Heisenberg** y el **principio de Rashmon**. El primero nos dice que nunca podremos alcanzar una evaluación perfectamente cierta porque los instrumentos de evaluación interactúan con los fenómenos evaluados y, el segundo, nos dice que la verdad está en función del que la dice. Pero, aunque estos principios introduzcan en nuestro quehacer profesional un cierto relativismo informativo, no nos invalidan como clínicos en la obtención de una información útil para el quehacer terapéutico.

a) Clasificación dimensional

Se ha demostrado la existencia de dos dimensiones generales: Factor Internalizante y Factor Externalizante. La primera incluye síntomas como ansiedad/depresión, retraimiento/timidez, y somatizaciones. La segunda estaría constituida por síntomas como la agresividad, peleas, ira/rabia y delincuencia (Achenbach y Edelbrock, 1978).

Una de las escalas utilizadas en jóvenes es la Youth Self-Report (YSR) (Achenbach y Rescola, 2001). A través de los análisis factoriales se han podido describir 8 escalas de banda ancha, también llamados síndromes de primer orden, y tres dimensiones de banda estrecha o de segundo orden. La dimensión externalizante recoge síntomas como la agresividad, la hiperactividad, el déficit de atención y conductas desorganizadas, dando lugar a la descripción empírica de dos síndromes: **Síndrome Delictivo y Síndrome Agresivo**.

Como se describirá más adelante, este tipo de clasificaciones dimensionales han sido utilizados como cluster de riesgo de máxima utilidad para explicar la génesis de los trastornos de personalidad en el adulto.

b) Catoriales

Aunque existen clasificaciones nacionales como la francesa, nosotros nos limitaremos a describir las dos que son aceptadas internacionalmente en su última versión: la Clasificación Internacionales de Enfermedades (CIE - 10) de la Organización Mundial de la Salud (1994) y el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría (1994). Como veremos a continuación, ambas clasificaciones difieren en aspectos significativos a pesar del intento de homologar sus categorías diagnósticas.

CIE-10

Los capítulos F90 – F98 recogen los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia, siendo los capítulos **F91-F92** los que hacen referencia a los trastornos de conducta o disociales y se caracterizan por ser “una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador. En sus grados más extremos puede llegar a violaciones de las normas, mayores de las que sería aceptables por el carácter y la edad del individuo afectado”. Se requiere una duración de los

síntomas de al menos seis meses. Se recogen un listado de 23 conductas que dependiendo del número de ellas y de la gravedad se puede clasificar en leve, moderado y grave (TABLA 1).

TABLA 1. SÍNTOMAS DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DE LA CIE-10

1. Presenta accesos de cólera anormalmente frecuentes y violentos, teniendo en cuenta su nivel de desarrollo.
2. Discute frecuentemente con los adultos.
3. Se opone activamente a las demandas de los adultos o desobedece.
4. Realiza frecuentemente, de forma deliberada, cosas que contraría a los adultos.
5. Acusa frecuentemente a otros de ser responsables de sus faltas o de su mala conducta.
6. Es frecuentemente susceptible o contrariado por los demás.
7. Es frecuentemente rencoroso o vengativo.
8. Es frecuentemente malo o vindicativo.
9. Miente frecuentemente o no mantiene sus promesas, para obtener objetos o favores o para evitar obligaciones.
10. Comienza frecuentemente peleas (no tener en cuenta peleas entre hermanos y hermanas).
11. Ha utilizado un arma que puede herir seriamente a otro (por ejemplo un bastón, u ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma de fuego).
12. Permanece fuera de casa por la noche a pesar de la prohibición de los padres.
13. Ha sido físicamente cruel hacia personas.
14. Cruel hacia los animales.
15. Ha destruido deliberadamente bienes de los demás.
16. Ha prendido fuego pudiendo provocar, o para provocar destrozos importantes.
17. Robo de objetos de valor, sin enfrentarse a la víctima, en la casa o fuera de la casa.
18. Hace novillos con frecuencia, desde la edad de 13 años o antes.
19. Se ha fugado al menos dos veces o no al menos una vez no ha vuelto hasta el día siguiente, viviendo con sus padres o en acogida familiar (no cuentan las fugas para evitar el castigo).
20. Ha cometido algún delito con enfrentamiento a la víctima.
21. Ha obligado alguien a tener una actividad sexual.
22. Molesta frecuentemente a otras personas (hiere, les hace sufrir, intimida...)
23. Ha entrado en la casa violentándola, o un inmueble o en el coche de otra persona.

Consideramos que la CIE – 10 introduce un aspecto muy importante como es el de socialización. Tomando como eje este aspecto, describe varias subcategorías:

1. ***F91.0. Trastorno disocial limitado al contexto familiar.*** Requiere que se cumplan los criterios para el trastorno disocial (F91) y se excluyen de este diagnóstico las relaciones gravemente alteradas entre padres e hijos, aspecto que ha dado lugar a bastantes falsos positivos.
2. ***F91.1. Trastorno disocial en niños no socializados.*** Requiere, igualmente, el cumplimiento de los criterios para el F91 y viene marcado por una profunda dificultad para las relaciones con sus iguales.
3. ***F91.2. Trastorno Disocial en niños socializados.*** Los problemas conductuales aparecen en niños normalmente socializados. Aquí se incluiría el trastorno disocial que aparecen en grupo y las ausencias escolares.
4. ***F91.3. Trastorno disocial desafiante y opositor.*** Suele ser un trastorno que aparece por debajo de los 9 – 10 años y viene definido por “la presencia de un comportamiento marcadamente desafiante y provocador y por la ausencia de otros actos disociales o agresivos más graves que violen la ley y los derechos de los demás”. Se recomienda utilizar con cautela este diagnóstico en niños más mayores. Para emitir este diagnóstico deben existir al menos cuatro síntomas de los expuestos en la tabla 1, aunque no más de dos de los enumerados del 9 al 23.

Por tanto, observamos que el trastorno desafiante y opositor, contrariamente a lo que sucede en el DSM-IV, es un subtipo más del trastorno disocial. Más adelante hablaremos sobre la dificultad diagnóstica que presenta el capítulo F92.

DSM – IV

Los trastornos de conducta perturbadora están recogidos en el capítulo F91.8 y F91.3. Los síntomas se recogen en la **TABLA 2**. El DSM diferencia entre el trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante como dos entidades diferenciadas.

TABLA 2. SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DISOCIAL EN EL DSM-IV-R

<p>1. AGRESIÓN A PERSONAS Y ANIMALES a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a los otros. A menudo inicia peleas físicas. Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas. Ha manifestado crueldad hacia las personas. Ha manifestado crueldad física hacia los animales. Ha robado enfrentándose a la víctima. Ha forzado a alguien a una actividad sexual.</p> <p>2. DESTRUCCIÓN DE LA PROPIEDAD ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves. ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas</p> <p>3. FRAUDULENCIA O ROBO ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento a la víctima</p> <p>4. VIOLACIÓN GRAVE DE LAS NORMAS a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar de acogida suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad</p>

1. *F91.8. Trastorno disocial.* Lo define como un “patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto”. Los divide en cuatro grupos: **Agresión a personas y animales** (criterios A, 1 - 7), **destrucción de la propiedad** (criterios A, 8 - 9), **fraudulencia o robo** (criterios A, 10 - 12) y **violaciones graves de las normas** (criterios A, 13 - 15). Es imprescindible que los mencionados comportamientos den lugar a un deterioro clínicamente significativo en la vida social, escolar o laboral así como, si es mayor de 18 años, no cumpla los criterios del trastorno antisocial de la personalidad. En lo referente a los novillos y a las fugas del hogar deben presentarse antes de los 13 años. Dependiendo de la edad de presentación distingue dos subtipos: **de inicio infantil** (antes de los 10 años) y **de inicio adolescente** (a

partir de los 10 años). Respecto a la gravedad, distingue entre **leve**, cuando hay una presentación mínima de síntomas y sólo causa daños mínimos; **moderado**, tanto los síntomas como su efecto pernicioso es intermedio entre el leve y el grave; **grave**, el número de síntomas exceden el requisito mínimo o los síntomas causan daños considerables.

Es muy frecuente que encontremos en estos pacientes una evidente falta de empatía hacia los demás.

2. **F91.3. Trastorno negativista desafiante.** Se trata de un “patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente, hostil, dirigido a las figuras de autoridad, que persiste al menos seis meses” (TABLA 3). Se requiere que al menos estén presentes cuatro o más síntomas del criterio A, 1 – 8 y siempre y que no sean mejor explicados por la edad y nivel de desarrollo del niño.

Debe provocar deterioro significativo en la actividad social, académica o laboral y no aparece en el contexto de un trastorno psicótico o del estado de ánimo, ni cumple los criterios del trastorno disocial o de personalidad antisocial si es mayor de 18 años.

TABLA 3. SÍNTOMAS DEL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

1. A menudo se encoleriza e incurre en pataletas.
2. A menudo discute con adultos.
3. A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas.
4. A menudo molesta deliberadamente a otras personas.
5. A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.
6. A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros.
7. A menudo es colérico y resentido.
8. A menudo es rencoroso o vengativo.

COMPARACIÓN ENTRE AMBAS CLASIFICACIONES

Ambas clasificaciones introducen el criterio de la edad y de gravedad. El DSM-IV reagrupa los síntomas, en tanto que la CIE-10 no lo hace, pareciéndose más al DSM-III-R. Igualmente, introduce tres subcategorías en función del nivel social en donde aparecen.

De otra parte el DSM-IV distingue entre el trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante, mientras que para la CIE-10 el trastorno desafiante y oposicionista quedaría englobado dentro del trastorno disocial. En la medida que se incluyen síntomas del trastorno disocial, la entidad de la CIE-10 incluye casos más graves que el DSM-IV lo que presenta dificultades en las investigaciones epidemiológicas.

En los trabajos previos al DSM- V, se contempla la posibilidad de introducir en los criterios diagnósticos la presencia de conducta antisocial en los padres y la presencia de rasgo sociopáticos, como la crueldad (Moffit y col, 2008).

1.- Trastornos paidopsiquiátricos que pueden simular un trastorno de conducta

Existe una serie de trastornos paidopsiquiátricos que pueden simular un problema de conducta, siendo importante que los tengamos presentes a la hora de hacer un diagnóstico diferencial.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

La coexistencia de un trastorno de conducta y el TDAH, no sólo no es infrecuente, sino que, incluso, la CIE-10 describe el trastorno hiperactivo disocial como entidad independiente. Sin embargo, lo que deseamos resaltar es la frecuencia con la que se presentan determinadas conductas disruptivas consecuentes a la impulsividad cognitiva y conductual, así como a algunos rasgos externalizantes del temperamento, sin que podamos emitir el diagnóstico comórbido de trastorno de conducta.

Trastorno bipolar de inicio en la infancia/adolescencia

La presencia de síntomas conductuales forman parte de la clínica de la manía en la infancia y adolescencia, hasta tal punto que hay investigadores que sostienen la existencia de la entidad clínica de “trastorno bipolar de la conducta” (Wozniak y col, 2001). Las conductas comunes a ambos

trastornos serían la desinhibición, conductas sexuales inapropiadas para la edad, utilización fraudulenta de los padres y la agresividad. Un aspecto diferenciador básico es que en la manía el eje regulador de la conducta es la afectividad.

Trastorno explosivo intermitente

Se caracteriza por la incapacidad de autorregulación de la agresividad y de presentación intermitente. La característica determinante es la ausencia de factores desencadenantes. Aquí no existe como aspecto predominante la trasgresión de las normas sociales.

F92. Trastornos disociales y de las emociones mixtos

Se trata de una entidad en la que aparecen problemas de tipo conductual y de las emociones. La CIE-10 describe el trastorno disocial depresivo (F92.0) y otros trastornos disociales y de las emociones mixtos (F92.8). Consideramos muy importante esta entidad en la medida en que, con frecuencia, presenta dificultades diagnósticas.

EPIDEMIOLOGÍA

Cuando hablamos de epidemiología, erróneamente, bastantes personas hacen sólo referencia a la prevalencia e incidencia del problema de salud. Nosotros expondremos en este apartado lo referente a la validez y fiabilidad diagnóstica, la estabilidad de los síntomas, las características ligadas al sexo y la prevalencia.

a. Fiabilidad y validez diagnóstica

Fiabilidad, también llamada confiabilidad, denota la cualidad de un instrumento. En nuestro caso, la precisión será mayor cuanto mayor sea el número de fuentes de información que utilicemos. Así, se recomienda que los informantes sean objetivos por lo que se hace imprescindible que utilicemos más de uno, siendo los padres y profesores habitualmente.

También influyen los instrumentos de diagnóstico, recomendándose no ceñirnos sólo a los cuestionarios. Se ha demostrado que el diagnóstico de los diferentes trastornos de conducta es bastante fiable.

Validez, nos informa acerca de la exactitud de los instrumentos de medida en el sentido que son capaces de medir aquello para lo que han sido diseñados. En lo que se refiere a los trastornos de conducta se ha

demostrado su validez diagnóstica, tanto en niños como en adolescentes (Lahey y col, 1994). Sin embargo, cuando los sujetos provienen de un medio socioeconómico desfavorecido se pierde validez diagnóstica (Wakefield y col, 2002).

b. Estabilidad de los síntomas

Sabemos que es normal la existencia de un cierto negativismo y oposiciónismo a la edad de tres, cuatro años sin que esto signifique ni la existencia de un trastorno, ni siquiera como factor de riesgo para futuros problemas de conducta, aunque su intensidad y persistencia nos puede poner en guardia en determinados casos.

Normalmente los síntomas del TND son los primeros en aparecer, con mayor prevalencia en niños que en niñas y con un repertorio de conductas agresivas mayor que cuando aparecen tardíamente. No es rara su evolución hacia un TD y su tendencia a la cronificación cuando concurren determinadas circunstancias. Para Stanford (1999), la evolución a la cronificación dependería, más que de su inicio precoz, de la existencia de comorbilidad como el TDAH, del medio familiar adverso y del bajo coeficiente intelectual. Para Rey y Domínguez Santos (2010) la mayoría de los niños que presentan conductas disruptivas entre los tres y seis años presentarán un buen nivel de adaptación en la adolescencia y en la vida adulta. Por el contrario, la presencia de conductas disociales tiende a ser bastante estable.

c. El sexo

Los primeros estudios se realizaron fundamentalmente en muestras de varones lo que ha puesto en entredicho durante algún tiempo los índices de prevalencia en función del sexo. Como se sabe los porcentajes que se han venido utilizando hablaban de una prevalencia de dos a tres veces mayor en hombres. Así mismo, otro aspecto importante que se está considerando es el hecho de que la presentación de los trastornos de conducta es más tardía en niñas que en los niños. Los síntomas, igualmente, difieren entre ambos sexos: las niñas presentarían menos agresividad que los niños y más conductas manipulativas, además de una mayor empatía y sentimientos de culpa que los niños.

d. Factores de riesgo

Se han alegado una amplia variedad de factores de riesgo: padres con trastorno antisocial de la personalidad, educación punitiva y errática, bajo coeficiente intelectual y medio socioeconómico desfavorable. No existen diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a estos factores de riesgo.

e. Prevalencia

El TND sería del 3-4% durante la infancia con un índice niños/niñas del 4 – 5%/ 2.3%, respectivamente.

Para el TD, su prevalencia es más elevada en la adolescencia que en la infancia: 3 -9% frente al 2%, respectivamente. La diferencia entre hombres y mujeres es del 2-4% y 1-2%, respectivamente.

En la adolescencia, la proporción hombres/mujeres es el 5-9% y el 2-5%, siendo la estabilidad de los síntomas mayor en los hombres.

Sin embargo, estos índices de prevalencia son bastante variables entre los diversos investigadores. Para Costello y col (2003) la frecuencia del TND sería el 13,4% en varones y el 9,1% en mujeres. La frecuencia del TD se situaría en el 14,1% en hombres y el 3,8% en mujeres.

Como es fácilmente comprensible, si tenemos en cuenta los criterios diagnósticos, la prevalencia medida con la CIE -10 es mayor para el TND que para el DSM-IV, resultando lo contrario para el TD.

ETIOLOGÍA

La mayoría de los resultados sobre las posibles causas de los trastornos de conducta se ha obtenido con diseños transversales. Por ello, más que de etiología, debemos hablar de factores que presentan un mayor peso asociativo. De otra parte, la semiología en el TND, desde un punto de vista fenomenológico, difiere significativamente de la del TD lo que representa una dificultad añadida.

1. Factores genéticos

La mayoría de los resultados en las investigaciones sobre genética y trastornos de conducta no presentan diferencias entre el TND y el TD. Las primeras investigaciones realizadas con hermanos biológicos adoptados arrojaban una heredabilidad del 55%. Investigaciones posteriores con gemelos, en lo que se refiere a conductas externalizantes, apuntaban una heredabilidad del 40% en niños entre 5-9 años y del 60% entre los 12 – 15

años. En lo que respecta al TD, la revisión realizada por Rhee y Walman (2002) puso en evidencia una heredabilidad del 50% y una expresión no genotípica del 39% para factores ambientales no compartidos, siendo las conductas agresivas las más heredables (h^2 : 60 – 70%).

En cuanto al TND, y utilizando los criterios diagnósticos del DSM-IV, la heredabilidad encontrada rondaría el 39-66% y la expresión fenotípica por factores ambientales el 30-50%.

Genética molecular

El gen más estudiado ha sido el que controla el metabolismo de la monoaminoxidasa A (MAOA) que reside en el cromosoma X. Cuando estamos sometidos a un estímulo valorado como provocador o amenazante tenemos tendencia a reaccionar de forma agresiva. También conocemos que la demora de respuesta está regulada por la activación de la MAOA. Existe dos tipos: la MAOA de alta activación y la MAOA de baja activación. La primera nos permite emitir una respuesta efectiva frente a la situación de amenaza, en tanto que la segunda nos facilita una respuesta desadaptativa con pérdida del autocontrol y agresividad. Por ello, se considera que las personas con el polimorfismo MAOA de alta actividad presentan un menor riesgo (factor de protección) que aquellos cuya MAOA es de baja activación.

Caspi y col (2002) encontró que la presentación de TD en niños con MAOA de baja activación que no habían sido sometidos a maltrato frente a los que si lo habían padecido fue del 23% y el 81%, respectivamente. Sin embargo, en los niños con el polimorfismo de alta activación, fue del 22% frente al 41%.

Estas investigaciones ha sido replicadas en varias ocasiones presentando resultados bastantes parecidos. Para Dodge (2009) de estas circunstancias se desprende lo siguiente:

1. Un ambiente psicotónico que se experimenta como peligroso durante los primeros años de vida puede facilitar una conducta agresiva en situaciones de peligro.
2. El rol de la genética es moderado. Su presentación sería el doble en los niños con dificultades en la regulación MAOA.

3. Lo que se puede deducir acerca del rol que desempeña la MAOA es que se facilitan, o no, las respuestas agresivas, aunque no aporta nada frente a los rasgos psicopáticos.
4. En la medida que el polimorfismo considerado de riesgo se encuentra en el 30% de la población hay que admitir que puede ejercer una función adaptativa en determinadas circunstancias.

2. Otros factores.

Factores obstétricos- perinatales

Las complicaciones obstétricas se han relacionado con una amplia variedad de trastornos psiquiátricos, aunque son consideradas como factores de riesgo bastante inespecíficos. Se ha propuesto un *Modelo Biopsicosocial de Vulnerabilidad* (Hill, 2002) cuya base teórica consiste en estimar los antecedentes obstétricos como un factor de vulnerabilidad sobre el que incidirían factores psicosociales: edad materna precoz, condiciones socioeconómicas desfavorables, así como el consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo. Diversas investigaciones han relacionado estas circunstancias con la presentación de conductas agresivas y violentas a la edad de 6-17 años.

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, se han estudiado con el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, consumo de cannabis, consumo de cocaína y la exposición al plomo. Finalmente, también se ha relacionado el TND con la prematuridad y el bajo peso al nacimiento.

Otras variables familiares y ambientales relacionadas con los trastornos de conducta

- *Trastornos psiquiátricos en los padres*

Existe una amplia bibliografía que encuentra asociación entre el trastorno de personalidad antisocial en los padres y la existencia de problemas conductuales en los hijos. En la actualidad se admite que el 35-46% de los niños cuyos padres padecen de trastorno de personalidad antisocial van a presentar un trastorno de conducta frente al 6-17% en controles.

- *La depresión postparto*

Las investigaciones que se han desarrollado sobre este tópico presentan la ventaja de que son longitudinales. Se cree que el sustrato etiopatogénico estaría en la incapacidad de la madre para responder de forma contingente, adecuada y sensible a las necesidades del niño (Kim-Cohen, 2005). En esta línea, varias investigaciones han puesto de manifiesto la asociación entre una regulación emocional empobrecida en la madre a los nueve meses y la posterior presentación de problemas conductuales. Sin embargo, para otros, sólo sería la depresión crónica materna, conjuntamente con otros factores de riesgo el origen de los trastornos de conducta.

- ***Separación y divorcio***

Para Rutter (1995) el auténtico riesgo en los niños de padres divorciados estaría en la existencia de una mayor exposición a factores de riesgo secundarios: estrés emocional, cambio en el estatus económico, los cambios de domicilio y de colegio y la persistencia del conflicto de pareja. El definitiva, el hecho contrastado es la existencia de un mayor número de conductas internalizantes y externalizantes al menos a corto plazo. Para algunos investigadores, gran parte de la problemática conductual ya estaba presente antes del divorcio y estarían asociados fundamentalmente a la conflictividad familiar y su persistencia después del divorcio. La prevalencia suele ser mayor en las familias monoparentales, actuando como probables factores de protección la constitución de una nueva pareja, la existencia de una relación armoniosa con al menos una de las figuras parentales y la buena integración en el grupo de iguales.

- ***La violencia familiar***

Se ha mostrado como un auténtico factor de riesgo e independiente de la conflictividad entre hijos y padres.

- ***Embarazo precoz***

Son bastantes las investigaciones que han puesto en evidencia los siguientes aspectos:

- La existencia de una asociación significativa entre un embarazo precoz y la presentación de problemas conductuales entre los 6 y 15 años.
- Cuando el embarazo precoz coincide con una instrucción académica baja se incrementa el peso estadístico de la asociación.
- La agresividad materna se incrementa cuando el hijo/a presenta un problema conductual.
- Se considera de altísimo riesgo la coexistencia de trastornos de conducta en la madre y el embarazo precoz.

- ***El cuidado temprano en guarderías***

El **National Institute on Child Health and Daycare** de EEUU realizó en 2004 un estudio sobre la prevalencia de los problemas conductuales en niños de guarderías. Sus resultados fueron que, si bien a la edad de 5-6 años presentaban más problemas conductuales, estos desaparecían hacia los nueve. En definitiva, se puso en evidencia que los aspectos positivos a largo plazo eran mayores que los negativos. La persistencia de los problemas sólo prevalecía cuando existía agresividad en el medio familiar.

- ***Estatus socioeconómico***

Actualmente se cree que lo importante no es el estatus socioeconómico, sino la conjunción con otros factores de riesgo como el aislamiento social, los trastornos mentales, conflictividad intrafamiliar, las habilidades parentales y la existencia de un mayor estrés intrafamiliar. Estos últimos serían los factores mediadores en el binomio conducta y pobreza.

- ***Relación con iguales***

Los adolescentes que presentan problemas conductuales suelen relacionarse con aquellos que refuerzan su propio comportamiento. Esta afirmación estaría en la base del Modelo de la Influencia de los Iguales y el Modelo de las Características Individuales de Gattling y col (2005).

- ***Ambiente escolar***

Tanto el clima general del centro escolar, como la figura del profesor, pueden explicar la mayor o menor prevalencia de los trastornos de conducta/oposición. Se considera muy importante el tipo de práctica psicopedagógica y la administración del centro en la presentación de los problemas de conducta.

- ***Medios de comunicación***

Aunque se admite la mayor presentación de conductas violentas en niños y adolescentes expuestos a escenas de violencia en los medios de comunicación, hoy se cree que este incremento estaría relacionado con la coexistencia de un ambiente socio-familiar de riesgo. Sin embargo, algunos meta-análisis han puesto en evidencia un tamaño del efecto que va del 0,30 al 0,31, la misma que existe entre el fumar y el cáncer de pulmón.

- ***Anomalías en el apego***

La teoría del apego pretende explicar la adaptabilidad conductual a través del Modelo Interno Operante (MIO). Consiste en la percepción que el niño adquiere acerca de las expectativas respecto al otro como resultado del tipo de apego establecido con las figuras parentales, en especial con la madre. Hay autores que consideran determinadas conductas infantiles como las rabietas, las agresiones, la oposición y el desafío como auténticas estrategias de apego del niño hacia los padres.

Conocemos que un apego inseguro puede dar lugar a una percepción anómala del otro dando lugar a reacciones agresivas, contrariamente al apego seguro que estaría en la base de unas relaciones sociales confiadas.

Según el *Modelo Multirriesgo*, el 71% de los niños que presentan a los 18 meses un apego desorganizado presentarán una conducta hostil. Si este tipo de apego está presente a los 12 meses, el 60% presentarán conductas agresivas. Si el apego es desorganizado, las alteraciones aparecerán en el 31%, en el 28% de los evitantes y el 17% de los que presentan un apego seguro. Los niños con TND van a presentar de forma significativa un

apego inseguro, tanto hacia la madre como hacia el padre. Los factores asociados al TND durante la edad escolar serían el temperamento difícil, la adversidad familiar, el apego inseguro y las estrategias educativas parentales anómalas. Dos, o más, de estos factores multiplicarían por 34 la probabilidad de un TND.

En la **TABLA 4** presentamos una relación de situaciones familiares que se han manifestado de riesgo para los problemas de conducta en la infancia.

TABLA 4. SITUACIONES FAMILIARES DE RIESGO PARA LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA

- Escasa disciplina, muy severa o errática.
- Frecuente indiferencia, rechazo y relaciones poco afectivas entre los miembros familiares.
- Menos cohesión, solidaridad y fidelidad entre los miembros de la familia.
- Ambiente familiar desordenado, caótico.
- Cambios de domicilio frecuentes.
- Domicilios de escasa calidad.
- Situación económica familiar inestable.
- Mayor número de divorcios.
- Ausencia de la figura paterna.
- Mayor incidencia de problemas conductuales entre los hermanos.
- Mayor número de antecedentes psiquiátricos entre los abuelos.

- *Estrategias educativas parentales*

Suelen aceptarse tres estilos educativos básicos: el permisivo, autoritario y democrático que, a su vez, se han relacionado con diferentes modalidades de cuidados que facilitarían, o prevendrían, la presentación de problemas conductuales:

- Reforzamiento coercitivo o Modelo de Patterson: se produciría un reforzamiento negativo.
- Castigos excesivamente duros y
- Una actitud parental positiva y activa.

La ambigüedad y la permisividad son los aspectos educativos más asociados con los problemas conductuales.

DIAGNÓSTICO

En principio, el diagnóstico de los trastornos de conducta es fácil. Hemos visto anteriormente que el simple uso de los criterios diagnósticos del DSM-IV y la CIE-10 ofrecen por sí solos una validez importante. Sin embargo, al clínico le interesa delimitar más específicamente cuales son los síntomas conductuales prevalentes, así como el ámbito en donde estos se manifiestan. Por estos motivos es conveniente y necesario recabar la información en entrevista individual con el niño, de los padres y, a través de cuestionarios, de los profesores.

Cuando nos encontramos ante un probable trastorno de conducta debemos dar la mejor respuesta a las siguientes preguntas (Rey y Domínguez Santos, 2010): ¿Son suficientes los síntomas? ¿Originan la suficiente interferencia? ¿Son síntomas de otra enfermedad? ¿Es un TND o un TD? ¿Existe comorbilidad? ¿Qué factores de riesgo, mantenimiento o agravación existen? ¿Con que recursos positivos del niño, familia, centro escolar y comunitario disponemos para tratar el problema con la mayor eficiencia? Para dar respuesta a estos interrogantes es necesario realizar una buena historia clínica.

Historia clínica

La entrevista clínica

La historia clínica, en cuanto tal, no difiere de la utilizada para cualquier otro problema de salud mental. Sin embargo, sí que se requiere tener en cuenta algunos aspectos si deseamos que la recogida de información sea desde el inicio “un acto terapéutico”, aspecto muy importante ante un posible trastorno de conducta, máxime, si tenemos en cuenta el nivel de conflictividad intrafamiliar que esta patología desencadena y la, más que probable, falta de colaboración del paciente. En este sentido, lo habitual es que nos encontremos con una oposición, la negación del problema y la falta de colaboración. Este escenario hace muy difícil que podamos establecer durante la primera consulta una buena relación terapéutica. Pero, si no tenemos en cuenta esta dificultad, podemos no conseguirla de forma definitiva.

Como planteamiento general, tendremos en mente varios aspectos. En primer lugar, no emitir juicios de valor o morales sobre el problema y mantenernos en la mayor neutralidad posible. En segundo lugar, es importante que mantengamos entrevistas separadas con la finalidad de poder recabar información más confidencial, en especial la posible existencia de maltrato y abusos, pautas educativas utilizadas etc. Igualmente, es muy importante que valoremos la existencia de sentimientos de culpa y capacidad empática del paciente. La ausencia de estos rasgos habla a favor de un mal pronóstico. En tercer lugar, debemos buscar los aspectos positivos y negativos y la probable existencia de comorbilidad sintomática, especialmente el TDAH. Por último, la evaluación de la dinámica familiar y social es muy importante, ya que hay circunstancias que, por su naturaleza, pueden que descarten un trastorno de conducta, en especial en situaciones de marginación socio-económica.

Diagnóstico diferencial

Existen algunos trastornos psiquiátricos a tener en cuenta y que podrían explicar mejor la problemática conductual que la existencia de un trastorno de conducta, sea un TND o un TD. Así, consideraremos la existencia de un trastorno ciclotímico o bipolar, los trastornos depresivos, el inicio de un trastorno psicótico o, simplemente, rasgos de tipo paranoide, el consumo de sustancias tóxicas, especialmente en adolescentes. También es importante que tengamos presente la posible existencia de acontecimientos vitales adversos sea en el ámbito familiar, escolar o en el grupo de iguales.

Otros exámenes complementarios

Por regla general no es necesario realizar exámenes médicos complementarios a no ser que exista sospecha de la existencia de algún problema médico o neurológico. Esta sospecha la podemos conseguir a través de una exploración neurológica y médica básica, o bien a través de la historia clínica. Si se sospecha el consumo de tóxicos, debería realizarse analítica consiguiendo el beneplácito del paciente.

La exploración neuropsicológica es importante si sospechamos de la existencia de un TDAH comórbido, de un trastorno específico o un déficit importante en las funciones ejecutivas. Nosotros, habitualmente, sí

realizamos la valoración neuropsicológica, incluyendo el estudio de las funciones ejecutivas.

Igualmente, la utilización de cuestionarios nos da una información utilísima para precisar la extensión e importancia de los síntomas, así como para la realización de un plan estratégico de tratamiento. En español disponemos de cuestionarios validados como los utilizados por la Fundación O'Belén y que pueden conseguir gratuitamente desde su Web. Existe el Cuestionario Esperí para Niños de 7 – 11 años, Cuestionario Esperí para Jóvenes de 12 – 17 años, Cuestionario Esperí para Padres y el Cuestionario Esperí para Docentes.

TRATAMIENTO

El tratamiento de los trastornos de conducta es complejo y en donde se impone un abordaje multidisciplinar y multicomponente. Debemos tener en cuenta que son el resultado de la interacción de factores biológicos, ambientales y sociales que condicionan y dificultan el abordaje terapéutico. En líneas generales deberíamos contemplar los siguientes aspectos:

1. Partir del hecho clínico de que se trata de una patología “crónica” con gran resistencia al tratamiento.
2. Considerar las intervenciones con suficiente evidencia científica. Por ejemplo, se ha utilizado con profusión las intervenciones grupales que se han demostrado, no solo ineficaces, sino incluso contraindicadas.
3. La edad es muy importante en la fenomenología clínica por lo que nuestras intervenciones debería adaptarse a esta circunstancia.
4. El terapeuta debe ser bastante “vocacional” ya que no es insólito que se produzca rechazo y contratransferencia, emociones que el terapeuta debe saber gestionar positivamente.
5. Hay que tener siempre presente la posible existencia de trastornos comórbidos ya que van a condicionar significativamente la amplitud y especificidad de la intervención.
6. Deberíamos ser sumamente humildes en la planificación: avanzar con objetivos pequeños y de forma progresiva en base a los logros. Esto comporta la implementación de programas flexibles.

7. Los programas psicosociales priman sobre el tratamiento farmacológico.
8. Es imperativa la incorporación de los padres y el colegio al plan de tratamiento. Se ha demostrado que las intervenciones más eficaces son aquellas que implican a los padres (NICE, 2005).

Tratamiento farmacológico

Como hemos dicho, la farmacoterapia es de segunda intención y está basada en los hallazgos recientes sobre la neurobiología de la agresividad y la impulsividad, de aquí su nula eficacia en los TD con rasgos psicopáticos.

Neurolépticos

El más estudiado ha sido la **risperidona**. Su acción antiserotoninérgica y el rol que desempeña la serotonina sobre la agresividad y la impulsividad, ha sido la base empírica de su utilización. Se ha utilizado en monoterapia y combinada con psicoestimulantes. Tanto los estudios abiertos como los ensayos clínico doble ciego han puesto en evidencia su eficacia terapéutica sobre los problemas de conducta, la agresividad y, a largo plazo, un incremento de la conducta pro social.

Teniendo en cuenta la frecuente comorbilidad con el TDAH, citamos la investigación doble ciego de Aman y col (2004). Se estudió la eficacia y seguridad de la prescripción de la risperidona conjuntamente con el metilfenidato en 155 pacientes con edades entre 4 – 15 años. Los resultados fueron los siguientes:

- No hubo diferencias significativas entre los que tomaban risperidona sola frente a los que tomaron ambos.
- Los efectos secundarios más frecuentes en los que tomaron risperidona fueron la somnolencia, cefaleas, dispepsia, rinitis y vómitos.
- La ganancia de peso fue igual entre los que tomaron sólo risperidona que en los que tomaron conjuntamente metilfenidato.
- Los que tomaron sólo risperidona mejoraron en los problemas de conducta e hiperactividad.

- La asociación risperidona y psicoestimulantes mejoró el control de la hiperactividad más que cuando se tomaron psicoestimulantes sólo ($p < 0.001$).

Se recomienda monitorizar el peso y la talla y, en edad puberal, los secundarismos de tipo sexual, incluyendo la determinación de prolactinemia.

También se han utilizado la **olanzapina** y la **quetiapina**. Respecto a la olanzapina, se han encontrado una eficacia del 60,9% con un predictor de respuesta positiva en la agresividad impulsiva y afectiva y sin cambios en la predadora o controlada. La edad de presentación no condicionó la respuesta positiva. El incremento de peso fue mayor que con la risperidona. En cuanto a la quetiapina se ha visto que mejora la agresividad y no está contraindicada en pacientes que estén tomando psicoestimulantes.

Adrenérgicos: Clonidina

Mejora la conducta agresiva a medio plazo y se ha relacionado con un aumento del GABA. Se ha utilizado a dosis de 0,15 - 0,4 mg/día. El efecto secundario más frecuente ha sido la sedación inicial.

Psicoestimulantes

Aunque hay bastantes investigaciones, citaremos sólo el meta-análisis de CONNOR y col (2002) debido a que los resultados son bastante parecidos. Esta investigación utilizó unos criterios de inclusión y de exclusión bastante estrictos, entre otros, se excluyeron aquellas investigaciones que fueron diseñadas sólo para valoración de la eficacia terapéutica en niños con TDAH, independientemente que presentaran trastornos conductuales, o no. Las conductas agresivas se clasificaron en agresión manifiesta y agresividad encubierta. Los resultados fueron: el efecto terapéutico es mayor sobre la agresividad manifiesta que sobre la encubierta, son eficaces en los trastornos de conducta, el psicoestimulante que presenta mejor efecto terapéutico es el metilfenidato y es mejor en los pacientes con mayor edad.

Antiepilépticos

Los más utilizados son el **valproato sódico** y la **carbamazepina**. Respecto al primero, se cree que estaría indicado cuando el trastorno de conducta está asociado a inmadurez afectiva. Se ha basado en el Modelo Kindling-

reforzado reactiva/afectiva/impulsivamente de la agresión. La carbamazepina, igual que el valproico, estaría indicada cuando en el trastorno de conducta existen elementos semiológicos emocionales. Por tanto, su acción terapéutica es indirecta.

En definitiva, los resultados del tratamiento farmacológico estarían supeditados a otros aspectos de mayor relevancia: A saber: la existencia de un continuum de la toma en cargo, el entrenamiento de los terapeutas, la incorporación de los psiquiatras infantiles en los planes de tratamiento, y, muy especialmente, la incorporación de los padres en la toma en cargo.

Terapia familiar

Suele trabajar, desde el modelo sistémico, los aspectos intrafamiliares que estén contribuyendo al mantenimiento de los trastornos de conducta. Se abordan aspectos tales como la cohesión, la adaptabilidad, la diferenciación de roles, la triangulación y el estilo de comunicación.

La intervención se centra en el restablecimiento de límites, educación sobre la estructura del sistema familiar, reestructuración de los sistemas de transacción entre los miembros, modificación estructural de los roles, modificación de jerarquías, el incremento de la permeabilidad con el entorno social y la destriangulación.

Se necesitan investigaciones que demuestren su eficacia terapéutica.

Terapia cognitivo- evolutiva

Se refiere al modelo que basa su praxis en la incorporación de todos los aspectos del desarrollo biopsicosocial que pudieran determinar un contexto de riesgo-protección para los trastornos de conducta. Esta intervención incluye los factores de vulnerabilidad biológica, las capacidades adaptativas del niño, las características de la familia y su entorno social, las prácticas educativas y la emocionalidad de los padres.

Explica la génesis de los trastornos conductuales como el resultado de un ambiente familiar sin habilidades para la regulación emocional y la interacción de la vulnerabilidad genética con un temperamento, sociabilidad, impulsividad y desregulación emocional que contribuirían al estableciendo de un apego inseguro y evitativo.

Para que esta intervención sea eficaz se recomienda que sea intensiva, estructurada y focalizada, debe incluir los aspectos psicoeducativos y el contexto social en donde se presentan, la incorporación de los padres en el tratamiento y contemplar el establecimiento de una estrategia preventiva sobre los aspectos de vulnerabilidad conductual, social y cognitiva.

Esta técnica aborda específicamente el apego y el aprendizaje como uno de los aspectos determinantes de los trastornos de conducta.

Programa de Batlles y col (2007)

Es un tratamiento multicomponente que está dirigido a pacientes, familias y escuela. Consta de valoración diagnóstica, intervención psicológica, farmacológica y la aplicación de un programa específico en habilidades sociales.

Los objetivos de este programa son mejorar la capacidad de identificar correctamente los sentimientos de los demás, incrementar la capacidad empática, identificar y corregir los sentimientos erróneos, mejorar la capacidad de autorregulación de las emociones, el entrenamiento en el control de la ira y la resolución de problemas, habilidades conversacionales y comunicativas y, por último, entrenamiento en la toma de decisiones y en valores.

Consta de cuatro bloques cada uno de ellos con unos objetivos bien planificados y que exponemos de forma resumida:

- **Bloque I:** Evaluación e incremento de la adherencia al programa.
- **Bloque II:** Entrenamiento en empatía, reestructuración cognitiva, entrenamiento en el manejo de sentimientos, entrenamiento en habilidades cognitivas y el entrenamiento en la resolución de problemas y relajación.
- **Bloque III:** Entrenamiento en valores e incremento de la inteligencia emocional
- **Bloque IV:** cierre de las sesiones y evaluación.

Es uno de los programas mejor estructurados y comprende los aspectos básicos implicados en la génesis de los problemas de conducta.

Terapia multisistémica

Desarrollaremos este modelo algo más debido a que ha sido uno de los que más éxitos han tenido en los trastornos de conducta.

Empíricamente se sustenta en lo que se ha denominado la Teoría de la Ecología Social de la Conducta y la explica como resultado de la interacción del individuo con su entorno: familia, iguales, escuela y vecindario. La conducta se considera como un fenómeno multidimensional y multidireccional, siendo la familia la que ejercería la mayor influencia.

La intervención se realiza en la familia y cuidadores, a nivel individual, con los iguales, en la escuela, el vecindario y los sistemas comunitarios disponibles.

El equipo estaría compuesto por cuatro terapeutas, un supervisor y un consultor. Cada terapeuta atiende a 4 – 6 familias y, al menos un terapeuta, está disponible las 24 horas.

La terapia multisistémica está basada en los siguientes principios:

- **Principio 1:** El principal objetivo está en conocer el nexo entre problema de conducta y el contexto en el que se da.
- **Principio 2:** El contacto terapéutico enfatiza lo positivo y utiliza los aspectos fuertes como palanca para el cambio.
- **Principio 3:** Las intervenciones se diseñan de forma que favorezcan las conductas responsables y disminuyan las irresponsables entre los miembros de la familia.
- **Principio 4:** Se focaliza sobre un problema actual, para ir avanzado hacia objetivos específicos.
- **Principio 5:** Se trabaja sobre las secuencias conductuales en y entre los múltiples sistemas que la mantienen.
- **Principio 6:** Las intervenciones están adaptadas a la edad.
- **Principio 7:** Todas las intervenciones están diseñadas para que puedan ser evaluadas.
- **Principio 8:** La evaluación de resultados es continua: diaria y semanal.
- **Principio 9:** Las intervenciones están diseñadas para que produzcan generalización y mantenimiento.

Este programa está pensado para abordar la problemática conductual, no sólo desde la perspectiva del tratamiento, sino también como medida de prevención. Es un programa muy eficiente que necesita de amplios recursos sociales y profesionales que trabajen en red.

PREVENCIÓN

Al menos teóricamente, no existe una patología paidopsiquiátrica que reúna mejores conocimientos para poder ejercer una acción preventiva eficaz. Sin embargo, el gran coste que supone, hace que la mayoría de las intervenciones sean incompletas y, por tanto, ineficaces. Sabemos cual es la población de riesgo, disponemos de instrumentos fiables para detectar los casos, si realizamos un screening precoz disponemos de un amplio margen temporal para intervenir y, finalmente, conocemos cuales son los factores sobre los que podemos intervenir.

Los programas preventivos deberían cumplir una serie de requisitos sobre los que elaborar el diseño. A saber, deben incluirse niños sin patología como controles, deben dirigirse prioritariamente sobre niños menores de 12 años, es decir, cuando suelen presentarse en forma TND, su duración debe ser como mínimo de un año para evaluar los efectos a largo plazo, especialmente importante en un trastorno que suele ser considerado como crónico.

A continuación exponemos brevemente algunos programas que ha demostrado su eficacia en la prevención y/o mejora de las conductas disruptivas o externalizantes, así como en los trastornos de conducta propiamente dichos.

1. The Seattle Social Development Proyect (Hawkins y col, 1999)

Se realizó un diseño cuasi-experimental en alumnos de primer curso de primaria valorándolo seis años más tarde. La intervención fue multicomponente que incluía el entrenamiento de profesores y padres.

Los resultados fueron los siguientes: La incidencia de conductas violentas fue significativamente menor con respecto al grupo control, mejor rendimiento académico y menor número de conductas disruptivas en el colegio. Igualmente, se puso en evidencia que el efecto terapéutico es “dosis

dependiente” (la mejoría fue más importante en el grupo que recibió una intervención más amplia).

2. The Houston Parent – Child Development Center Project

Este programa fue expresamente diseñado para prevenir los problemas de conducta, incrementar la promoción social y la competencia intelectual en familias americano-mexicanas con escasos ingresos económicos. El problema metodológico que presenta este programa es la mortalidad experimental, ya que se perdieron el 50% de las familias participantes en el estudio.

La evaluación se realizó a los cinco y 8 años de seguimiento evidenciándose una disminución significativa de las conductas disruptivas o externalizantes y de las conductas de agresión/hostilidad, aunque sólo cuando son valoradas por la madres. Entre los profesores no hubo diferencias respecto a controles. A este programa se le ha achacado la falta de operativización de algunas variables.

a. The Fast Track Project (Lochman y col,1996)

Combina un programa de prevención universal con una intervención indicada en niños con alto riesgo. El programa se aplicó en escuelas elementales de cuatro ciudades americanas situadas en barrios considerados de alto riesgo. Se aplicaron técnicas de control emocional, comprensión social y la implementación de técnicas de autocontrol. A los padres se le enseñaron técnicas para la creación de ambientes positivos, habilidades para optimizar su relación con el centro escolar, técnicas para la solución de problemas y otras técnicas conductuales para el manejo intrafamiliar de las conductas perturbadoras.

Los resultados al año de aplicación en el programa de prevención universal puso en evidencia la presentación de un menor número de problemas de conducta, de agresiones entre los compañeros y un mejor ambiente en el aula. En el grupo de alto riesgo, programa de prevención indicada, se realizó la evaluación al tercer año de su aplicación y se detectó un menor número de conductas oposicionistas y agresivas.

Lo interesante de este programa es que incorpora variables mediadoras, así como la búsqueda de aquellos factores del niño y de los padres que pudieran condicionar los resultados finales.

RASGOS PATOLÓGICOS DE PERSONALIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Existen ciertos indicadores conductuales en la infancia que nos ponen en guardia respecto a su posible evolución, bien hacia un trastorno disocial o hacia un trastorno de personalidad en el adulto. Uno de los aspectos más estudiados, y desde diferentes paradigmas, ha sido el temperamento. Este se define como una serie de características individuales, tanto conductuales como emocionales, que nos indican sobre la modalidad de reacción ante determinadas circunstancias. Su base es genética y estable a lo largo del tiempo, aunque se ha demostrado una cierta plasticidad a lo largo del tiempo.

Temperamento de riesgo

La primera investigación longitudinal fue el New York Longitudinal Study en donde se estableció un cluster que ha permitido establecer una relación entre el denominado temperamento difícil y psicopatología. Los rasgos que definen este tipo de temperamento son: la calidad negativa de las emociones, perseverancia inestable, dificultades adaptativas, distraibilidad, reacción emocional intensa, la hiperactividad y el retraimiento social. De otra parte, esta investigación confirma la plasticidad del mismo en la medida que los problemas están básicamente relacionados con la personalidad de los padres, el apoyo social y el tipo de funcionamiento intrafamiliar.

Se ha descrito un tipo de temperamento, denominado resistente, caracterizado por la tendencia al oposicionismo, débil capacidad de inhibición y de empatía que sería un buen indicador predictivo, tanto de los trastornos de conducta, como de personalidad, aunque sólo cuando el estilo educativo de los padres es permisivo. En este sentido, se ha puesto un énfasis especial en el fenómeno denominado *adecuación del ajuste recíproco*. Según este modelo, existiría un incremento de la vulnerabilidad frente a los trastornos de conducta y de personalidad cuando existe una incompatibilidad significativa entre el temperamento del niño, su organización cognitiva y emocional y las exigencias del medio, entendiendo estas últimas como el estilo educativo implementado.

En cuanto a la empatía, o reconocimiento de las emociones del otro, se ha investigado ampliamente, demostrándose como un buen marcador de

gravedad. Se piensa que la ausencia de empatía, o dificultad para interpretar correctamente las emociones de los demás, podría dar lugar a que en los niños con conductas agresivas interpretaran erróneamente los mensajes no verbales de sus compañeros. En definitiva, son niños con ciertos rasgos emocionales y cognitivos que pueden evolucionar hacia lo paranoide y con grandes dificultades para aceptar el punto de vista de los demás.

Los rasgos temperamentales que se han evidenciado de mayor riesgo han sido la agresividad, la impulsividad y la desinhibición conductual.

- **La agresividad**

Han sido, y continúan siéndolo, muy numerosas las investigaciones que se ocupan de la agresividad y su evolución en la infancia, tanto desde la perspectiva psicosocial y familiar, como en el de las neurociencias. Lo que más destaca, es la indocilidad, el inconformismo, el bajo control emocional y la heteroagresividad, siendo el mejor predictor de futuros problemas conductuales y de personalidad la asociación de heteroagresividad y la presentación precoz de conductas antisociales.

En la actualidad se están delimitando los correlatos psicosociales y biológicos en los dos tipos de agresividad: la reactiva y la proactiva. Sus implicaciones para el tratamiento y la prevención son importantes en la medida que sabemos que la agresividad reactivo/impulsiva presenta una mejor respuesta al tratamiento farmacológico y conductual que la proactiva. Los individuos con agresividad proactiva son los que presentan un mayor riesgo de evolucionar hacia los trastornos de personalidad (Backer y col, 2008).

- **La impulsividad**

La impulsividad es otro de los rasgos temperamentales que se ha relacionado con los trastornos de conducta y de personalidad. Se han descrito diferentes tipos aunque, en la actualidad, se aceptan dos fundamentalmente, la impulsividad conductual y cognitiva. Sin embargo, para bastantes investigadores, la impulsividad estaría más relacionada con el TND y el TDAH que con el TD y los trastornos de personalidad. En este sentido, se ha visto que la impulsividad que

mejor predice los trastornos de personalidad es la impulsividad independiente de contexto (es decir, no ligada a recompensa) y, especialmente, cuando se encuentra sostenida por un componente motor elevado y asociada a dificultades en la funciones ejecutivas.

- **La inhibición conductual**

Se han descrito varios modelos que relacionan la inhibición conductual y la reactividad emocional. Hoy autores que piensan que los déficits en la inhibición conductual estarían presentes en el TND y el en el TDAH, contrariamente a lo que sucedería en el TD. Para otros, sí que estaría relacionada con los trastornos de conducta cuando va unida a la impulsividad.

Se ha propuesto un correlato neuroanatómico que implicaría a estructuras cerebrales relacionadas con los sistemas de recompensa y de facilitación conductual de los ganglios de la base y estructuras dopaminérgicas.

RESUMEN

El concepto de conductas disruptivas o perturbadoras engloba a un amplio repertorio conductual en el que se incluyen los comportamientos externalizantes. No tienen porqué ser patológicos, aunque hablamos de trastorno cuando generan una interferencia significativa en la vida social, escolar o familiar. Su clasificación presenta diferencias importantes entre la CIE-10 y el DSM-IV, aunque existen propuestas para homologar ambos sistemas en la futura CIE-11 y el DSM-V. Sin embargo, los criterios utilizados por ambas clasificaciones son altamente fiables y específicos.

Su etiología es biopsicosocial, aunque con un peso mayor de los factores psicosociales y familiares que de los neurobiológicos.

El tratamiento más indicado es el multicomponente con un rol secundario, aunque importante, de la intervención psicofarmacológica. Las intervenciones terapéuticas que se han evidenciado con mejores resultados son aquellas que incluyen a los padres, el colegio y el entorno social.

Si tenemos en cuenta nuestros conocimientos actuales sobre los factores de riesgo y la etiopatogenia de los trastornos de conducta, podríamos

considerar que es la patología paidopsiquiátrica que mejor se presta a la implementación de programas preventivos.

Por último, la intervención debe ser precoz, especialmente, en los niños con un alto riesgo (situación de pobreza, familias de riesgo, temperamento difícil, marginalidad, fracaso escolar) si tenemos en cuenta la alta probabilidad de que la no intervención conduzca a un trastorno disocial o a un trastorno de personalidad en el adulto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Achenbach TM, Edelbrock C. The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psycholo Bull* 1978, 85: 1275-1301.
2. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for de ASEBA School – age forms and profiles. Burlington VT. University of Vermont, 2001.
3. Ajuriaguerra J, Marcelli D. *Psychopathologie de l'enfant*. Paris : Masson, 1984.
4. Aman MG, Binder, C, Turgay A. Risperidone effects in the presence absence of psychostimulants medicine in with ADHD, other disruptive behavior disorders, and subaverage IQ. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2004, 14: 243.254.
5. Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta revisión (DSM-IV). Barcelona. Masson, 1994.
6. Backer LA, Raine A, Liu J, Jacobson KC. Differential Genetic and Environmental Influences on Reactive and Proactive Aggression in Children. *J Abnorm Child Psychol*, 2008; 36(8): 1265–1278.
7. Batlle S, Bielsa A, Molina M, Rafael A. Introducción al proyecto. En: Casa M, Tomas J. *Impulsividad versus agresividad. Rehabilitación social. Tratamiento. Casos clínicos*. Laertes. 2007

8. Caspi A, McClay J, Moffit TE, Mill J, Martin J. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002, 297: 851-854.
9. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 2003, 60: 837-844.
10. Dogge, KA. Mechanisms of Gene–Environment Interaction effects in the development of conduct disorder. *Perspectives in psychological science*. 2009, 4: 408-414.
11. Fundación O’Belén. Proyecto Esperi. <http://www.proyectoesper.com>
12. Gatti U, Tremblay RE, Vitaro F, McDuff. Youth gangs, delinquency and drugs use: a test of the selection, facilitation and enhancement hypotheses. *J Child Psychol Psychiatry* 2005, 46(11):1178-90.
13. Gervais J, Tremblay RE, Héroux. Boys’ lying and social adjustment in preadolescence: Teachers’, peers’ and self reports. *J Crim Behav Ment Health* 1998, 8: 127-138.
14. Hawkins JD, Catalano RF, Kosterman R, Abbot R, and Hill KG: Preventing adolescent health risk behaviours by strengthening protection during childhood. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999, 153: 226-234
15. Hill J. Biological, psychological and social process in the conduct disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 2002, 43: 133-164.
16. Lacourse E, Cote S, Nagin DS, Vitaro F, Brendgen M, Tremblay RE y cols. A longitudinal-experimental approach to testing theories of antisocial behaviour development. *Dev Psychopathol* 2002, 14: 909-924.
17. Lahey BB, Applegate B, Barkley RA, Garfinkel B, McBurnett K. DSM-IV field trials for oppositional defiant disorder and conduct disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1994, 151: 1163-1171.
18. Lacourse E, Nagin DS, Tremblay RE, Vitaro F, Claes M. Development trajectories of boys’ delinquent group membership and

facilitation of violent behaviours during adolescence. *Dev Psychopathol* 2003, 15: 183-197.

19. Lochman JE, Wells KC. A social-cognitive intervention with aggressive children: prevention effects and contextual implementation issues. In: *Preventive childhood disorders, substance abuse, and delinquency*. RD Petres, McMahon J Ed, Sage, Thousand Oaks, CA, 1996: 11-143.
20. Moffitt TE, Arseneault L, Jaffee SR, Kim-Cohen J, Koenen KC, Odgers CL. DSM-V conduct disorder: research need for an evidence base. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49: 3-33.
21. National Institute for Health and Clinical Excellence. Parent training education program in the management of children with conduct disorders. NICE 2005.
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE10). Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid. Editor, 1996.
23. Rey JM, Domínguez Santos MD. Trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta. p: 79 – 93, en: Soutullo Esperón C, Mardomingo Sanz, MJ. *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid. Edit. Médica Panamericana. 2010
24. Rey JM, Sawyer MG, Prior MR. Similarities and differences between aggressive and delinquent and adolescents in a national sample. *Aust N Z J Psychiatry*, 2005; 39: 366-372.
25. Tremblay RE, Nagin DS, Séguin JR, Zoccolillo M, Zelazo P. Physical aggression during early childhood and predictors. *Pediatrics* 2004, 114: e43-e50.
26. Rhee SH, Waldman, ID. Genetic and environmental influences on antisocial behavior: a metaanalysis of twin and adoption studies. *Psychol Bull* 2002, 128: 490-529.
27. Rutter M, Smith DJ. *Psychosocial disorders in Young People: Time Trends and their Causes*. Chicester: Wiley, 1995.
28. Sandford M, Boyle MH, Szatmari P, Oxford DR, Jamieson E, Spinner M. Age-onset classification of conduct disorder: reliability

and validity in a prospective cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, 38: 992-999.

29. Wakefield JC, Pottick KJ, Kirk SA. Should the DSM-IV diagnostic criteria for conduct disorder consider social context? *Am J Psychiatry* 2002, 159: 380-386.
30. Wozniak J, Biederman J, Faraone SV, Blier H, and Monuteaux MC. Heterogeneity of childhood conduct disorder: further evidence of a subtype of conduct disorder linked to bipolar disorder. *J Affect Disord* 2001, 64: 121-131.

CAPÍTULO 10

**TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON
HIPERACTIVIDAD**

ANÁLISIS DESDE LAS NEUROCIENCIAS ETIOPATOGENIA, DIAGNÓSTICO Y COMORBILIDAD

DR. JUAN CARLOS MARTÍNEZ AGUAYO

DR. RODRIGO CHAMORRO O.

DRA. EMMA SAAD DE JANON

INTRODUCCIÓN

Los términos disfunción cerebral mínima, reacción hipercinética, trastorno hipercinético, trastorno por déficit de atención, etc., constituyen sinónimos para una misma entidad descrita por primera vez hace más de 100 años. Si bien los primeros reportes datan de 1865, los británicos George Still y Alfred Tredgold realizan en 1902 las primeras descripciones clínicas que publican en el Royal Medical School. Still estudió a 43 niños de su consulta que tenían problemas serios para mantener la atención, atribuyéndolo a un defecto en el control moral al no poder controlar sus acciones para seguir las normas que conducían al bien común, observando que alguno de ellos habían adquirido esta condición tras una enfermedad cerebral aguda años antes.

Durante 1917 y 1918, hubo en los Estados Unidos un brote de encefalitis epidémica por influenza. En una serie de descripciones de niños que habían sobrevivido a la encefalitis se observó como secuela un cuadro caracterizado por deficiencia intelectual, hiperactividad e impulsividad, similar a lo descrito por Still. Tras la asociación de hiperactividad, impulsividad y problemas cognitivos secundarios a encefalitis, comenzaron a estudiarse las secuelas conductuales de otras lesiones cerebrales perinatales: infecciosas por intoxicación con plomo, secundarias a epilepsia o traumatismo cerebral, por lo que en la década de 1930 a 1940 cobró fuerza el concepto “síndrome del daño cerebral”.

Entre 1937 y 1941, Bradley publica sus trabajos relacionados con el tratamiento de niños con trastornos conductuales con derivados de

anfetamina, y la importante mejoría en los síntomas de hiperactividad y de los problemas conductuales (*ibíd.*).

En los años 1950 y 1960 se acuñaron los términos “daño cerebral mínimo” y luego “disfunción cerebral mínima”, pues había niños en los que no era posible detectar un antecedente claro de daño cerebral, suponiéndose que el daño era mínimo pero con consecuencias clínicas evidentes. Paralelamente al desarrollo del concepto de síndrome de daño cerebral y disfunción cerebral mínima, desde 1950 se hablaba del “trastorno hiperkinético impulsivo”, que más tarde pasó a llamarse “síndrome hiperkinético”; y en la década de 1960, se describe el “síndrome del niño hiperactivo”.

Ante la ausencia de alteraciones cerebrales demostrables y dado lo estigmatizador que resultaba una denominación que sugería una disfunción o daño cerebral, el diagnóstico se orientó hacia las características clínico – fenomenológicas del trastorno. Durante esos mismos años, la atención por parte de los investigadores se centra en el síntoma más evidente, la hiperactividad. En 1968 el DSM II describe la “reacción hiperkinética de la infancia” como un trastorno evolutivo benigno caracterizado por “exceso de actividad, inquietud y poca capacidad de atención, especialmente en niños pequeños, que generalmente disminuía al llegar la adolescencia” (*ibíd.*).

Como el desorden hiperkinético y el síndrome de hiperactividad infantil fueron denominaciones comúnmente utilizadas, dejó en el consiente colectivo que la hiperactividad era el aspecto central; su merma o desaparición “desactivaba” el diagnóstico, pasando a ser sinónimo indiscutible de “mejoría”. Por eso, muchos pacientes TDAH al no ser disruptivos dejaban de recibir medicina, sin considerar los aspectos atencionales y las consecuencias de no tratarlos.

En los años 70’ algunos autores sugirieron que la principal característica del trastorno eran los problemas en la atención sostenida y el control de los impulsos, con una hiperactividad secundaria (que se desprendería de estos aspectos). Así, los primeros manuales diagnósticos estadísticos de los desórdenes mentales (DSM) en su tercera edición (1980), “re-assigna” el nombre al trastorno bajo el concepto de “desorden por déficit de atención”.

Para la década de 1980, el TDAH era el trastorno psiquiátrico más estudiado, y el DSM – III cambia el nombre “reacción hiperkinética de la infancia” por “trastorno por déficit atencional (con o sin hiperactividad) (TDA ± HI), poniendo más énfasis e interés en la inatención y la impulsividad. Por esos mismos años, intentó definir mejor los subtipos de TDAH, basándose en la presencia o no de hiperactividad.

En 1987 la versión revisada del DSM-III (DSM-III-R) el nombre del desorden se modifica ligeramente a “desorden por déficit atencional hiperactivo” (TDAH), y los criterios cambian significativamente. Los pacientes reciben el diagnóstico al cumplir como mínimo con 8 de 14 síntomas de hiperactividad, impulsividad y desatención. Estos aspectos deben haber estado presentes desde antes de los 7 años de edad, ocurriendo con una frecuencia considerablemente superior en los pacientes que en la mayoría de las personas con edad mental similar, requiriendo una persistencia de a lo menos 6 meses. No se consideró la existencia de subgrupos y el déficit atencional sin hiperactividad dejó de considerarse como categoría diagnóstica.

En la década de 1990 hubo avances en las neuroimágenes y la genética del TDAH que apoyaban aún más su origen biológico; se describió el TDAH en adultos y comenzaron los reportes en distintos países fuera del habla anglosajona. Desde el DSM –IV (1994), el síndrome se llama “trastorno por déficit de atención e hiperactividad” (TDAH), y se distinguen tres tipos: combinado, inatento e hiperactivo – impulsivo”. (*ibíd.*)

El TDAH es uno de los desórdenes más reconocidos y diagnosticados en psiquiatría infanto – juvenil, explicando el 30 a 50% de las consultas a la especialidad. Su prevalencia en niños y adolescentes fluctúa entre un 2 a 12% con una media de 5 a 7% sin mayor diferencia para los distintos países del mundo.

Los síntomas del TDAH resultan perturbadores y su impacto no sólo se limita al niño sino a su familia y entorno. Por ejemplo, tanto la hiperactividad como la impulsividad causan el rechazo de adultos y pares, relacionándose con un incremento en las tasas de accidentes, problemas conductuales y consumo de sustancias. La dificultad atencional – por su

parte - se traduce en un esfuerzo mayor, apoyo psicopedagógico, educación diferenciada, o en un fracaso académico, que finalmente estigmatiza al paciente como alguien diferente y problemático impactando negativamente su autoconcepto y estima.

El compromiso del TDAH no sólo abarca “lo transversal” sino lo evolutivo, incrementando el riesgo de otros desórdenes psicopatológicos durante la infancia adolescencia y adultez incluyendo conductas antisociales o delictivas, abuso de sustancias, desórdenes ansiosos y afectivos, logros académicos/profesionales por debajo de las capacidades del individuo y estructuración anormal de la personalidad con todos los costos sociales que se desprenden, no sólo por un bajo rendimiento personal, sino por un “consumo” mayor de recursos en salud, educación (años de repitencia, educación especial, psicopedagogos, apoyo particular) y judicial (por la violación de la normativa social en quienes se asocia a trastornos de conducta y abuso de drogas).

A diferencia de la postura histórica, el TDAH no se supera en la infancia. Por el contrario, la mayoría de las veces, la morbilidad y las alteraciones comórbidas se prolongan durante la adultez. De hecho, estudios longitudinales sugieren que el TDAH persiste en 30 a 85% (media: 75%) de los adolescentes y en el 50 a 65% de los adultos incrementando dicho riesgo la historia familiar de hiperactividad y desatención, las dificultades de orden psicosocial y la comorbilidad con trastornos conductuales, ansiosos y afectivos.

Por dicha postura histórica, los pacientes generalmente eran tratados hasta la pubertad, momento en que teóricamente el trastorno remitía de forma espontánea. Sin embargo, durante los años 1990 gracias a la investigación y experiencia clínica que modifica la concepción autolimitada del trastorno comenzó a tratarse el TDAH en grupos que antes quedaban excluidos de tratamiento como algunos adolescentes y casi la totalidad de los adultos.

El eje central del tratamiento son los psicoestimulantes, cuya prescripción en un niño, adolescente o adulto con TDAH debe fundamentarse en la intensidad y persistencia de sus síntomas, los que muchas veces provocan deterioro académico y social.

Aunque los síntomas “objetivos” pueden cambiar a largo plazo, muchos adolescentes y adultos siguen obteniendo importantes beneficios con la continuidad de la farmacoterapia, pudiendo modificarse en el tiempo tanto la droga como las dosis e intervalos de administración. Las evidencias de que el tratamiento prolongado consolida definitivamente la mejoría en el rendimiento académico son discutibles por influir temas personales como medioambientales, relacionados con la voluntad y la motivación; pero, lo más consistente es que los beneficios sostenidos con la terapia farmacológica crónica tienen relación con las habilidades sociales y la autoestima.

Este suplemento de la GPU revisa algunas características clínicas, epidemiológicas, etiológicas y evolutivas del TDAH, así como algunos conceptos relacionados con la farmacoterapia orientada a su manejo, con especial énfasis a los psicoestimulantes y en particular al metilfenidato.

ETIOLOGÍA: DISFUNCIÓN EJECUTIVA Y GENÉTICA

APORTES DE LA NEUROCIENCIA COGNITIVA

El Trastorno por Déficit de Atención, como entidad nosológica ha sido objeto de múltiples estudios considerando las más diversas miradas. Desde la década de los setenta entonces, surge la necesidad de establecer criterios clínicos que lo definan. Esto se enmarca entonces en la necesidad de establecer criterios clínicos de clasificación que orienten la acción del especialista, dado que hasta hoy no es posible contar con marcadores biológicos específicos. Este trastorno se constituye en uno de los de más alta prevalencia. Se estima que esta, se sitúa en el 3 y el 5 % en los niños de edad escolar. Los datos de su prevalencia en la adolescencia y la vida adulta aún son imprecisos.

La función ejecutiva es un conjunto de habilidades cognitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, el diseño de planes y programas, el inicio de las actividades y de las operaciones mentales, la autorregulación y la monitorización de las tareas, la selección precisa de los comportamientos y las conductas, la flexibilidad en el trabajo cognitivo y su organización en el tiempo y en el espacio. Por tratarse de una función compleja, el trabajo de cada una de sus operaciones depende de factores

múltiples, tales como la naturaleza de la tarea, el entrenamiento académico, la ocupación, las destrezas automatizadas, las demandas de otras tareas simultáneas o secuenciales, etc. El período de mayor desarrollo de la función ejecutiva ocurre entre los seis y los ocho años. En este tiempo, los niños adquieren la capacidad de autor regular sus comportamientos y conductas, pueden fijarse metas y anticiparse a los eventos, sin depender de las instrucciones externas, aunque cierto grado de descontrol e impulsividad aún está presente. Esta capacidad cognitiva está claramente ligada al desarrollo de la función reguladora del lenguaje (lenguaje interior) y a la aparición del nivel de las operaciones lógicas formales y a la maduración de las zonas prefrontales del cerebro, lo cual ocurre tardíamente en el proceso de desarrollo infantil.

Si bien es cierto y como todos sabemos, el desarrollo de procesos cognitivos requiere de una capacidad de mantener atención sobre un estímulo determinado para que lo observado sea procesado desde el lenguaje para anclar esta información en circuitos de memoria —lo que nos permitirá, frente a una tarea, planificar estrategias eficientes— en nuestros países se ha "sobrevalorado" el rol de la atención, olvidando que esta solo es parte del procesamiento de la información. La función de la atención presupone la capacidad de poder mantener el alerta, detectar estímulos y seguirlos. Se podría llamar a esto Centro Básico para el desarrollo de la atención, lo que presupone un tronco cerebral sano, capaz de mantener la vigilia, y la presencia de sistemas sensoriales normales. Por otro lado es función suficiente, la capacidad de dirigir la atención a determinado estímulo, para finalmente poder mantener esta atención por un tiempo determinado. En estas funciones participan muy diversas estructuras cerebrales, que permiten al sujeto estar alerta al medio y responder adecuadamente a este. La mantención de este sistema atencional es básica en el proceso de aprendizaje.

La Atención está básicamente modulada por dos tipos de influencias:

- **Modalidad o Dominio Específico** (como los sonidos, percepción visual de objetos o personas, estímulos táctiles, etc.) ejercida por grupos neuronales dedicados o especializados en cada una de estas modalidades, en la Corteza Cerebral.

- **Modalidad o Dominio Inespecífico**, dado por la Corteza Reticular Ascendente y por la Corteza Pre-frontal, Parietal posterior y el Sistema Límbico.

El Alerta Tónico o Sistema de Vigilancia se corresponde con mecanismos retículo-tálamo-corticales. En la zona talámico los estímulos reciben información que permite darle contenido a lo observado y de alguna manera este circuito es responsable del encendido cortical.

El Alerta Físico, está directamente vinculado a aspectos emocionales, donde el Circuito Límbico tiene especial relevancia.

La Atención Selectiva se produce en estructuras corticales altas, dependientes del estímulo.

Y finalmente la Atención Sostenida, que es la que permite mantenerse concentrado en un determinado estímulo, y está particularmente controlada desde zonas prefrontales y parieto-temporales.

Por otro lado, la resolución de problemas usa la Memoria y el Lenguaje, a objeto de poder elegir la conducta adecuada. Desde la memoria, neurosicológicamente debemos reconocer cómo participan las estructuras corticales en este proceso y su vínculo estrecho con la emoción.

La Etiología del Trastorno por Déficit Atencional, así como su diagnóstico, es compleja. Los síntomas hoy reconocidos como parte de TDAH, fueron inicialmente observados en trastornos orgánicos, y las bases neurobiológicas inicialmente se asentaron en el estudio de lesiones cerebrales que afectaban la supervisión de la atención. Aun hoy, hay autores que postulan la posibilidad de alteraciones morfológicas en el síndrome, dado que algunos estudios de neuroimágenes realizados en la década de los noventa, aun cuando no evidenciaron diferencias significativas en los lóbulos frontales ni en áreas periventriculares, sí mostraron una mayor simetría macroscópica de los lóbulos frontales que la que estaba presente en sujetos normales. También se han descrito diferencias en el esplenium del cuerpo caloso, el cual aparece como de menor tamaño en niños con TDAH. Aunque estas diferencias no son significativas, algunos autores atribuyen a este hallazgo la mayor dificultad para la mantención de la atención sostenida, dado que esta función es vinculada a esa zona del cuerpo caloso. Estudios de

medición de flujo regional cerebral han evidenciado una menor tasa de perfusión en áreas fronto-centrales y del núcleo caudado, aun cuando estos hallazgos no son patognomónicos. La neurobiología de la atención nos permite postular hipótesis que apuntan a que existiría un funcionamiento deficitario en los circuitos que unen al lóbulo frontal con el estriado, particularmente en los circuitos dorso laterales prefrontales; todas estas áreas (prefrontales, globo pálido, y núcleo caudado) forman parte importante de la vía dopaminérgica.

Respecto a los factores etiológicos, las causas son atribuidas a factores endógenos, básicamente genéticos, o externos, como lesiones pre, peri y post natales, así como a elementos o factores ambientales como la familia, el nivel sociocultural, la escuela, etc.

Los problemas conductuales y de aprendizaje no dependen solo de la condición biológica sino también del ambiente, la capacidad de adaptación, las características psicológicas, socioeconómicas y acontecimientos estresantes. Numerosos aspectos psicosociales contribuyen, sin lugar a dudas, a incrementar o favorecer la sintomatología del niño con este trastorno. Sin embargo es importante conocer que la Función Ejecutiva no solo es responsable de la atención. Desconocerlo puede llevar a errores significativos en el curso de los procesos cognitivos de los pacientes. Otro elemento importante para estos procesos es la conciencia fonológica, considerada una habilidad metalingüística que consiste en la toma de conciencia de cualquiera unidad fonológica del lenguaje hablado. También se utiliza el término conciencia fonémica, definida como la capacidad que tiene el sujeto de descubrir en la palabra un secuencia de fonos o de fonemas. La diferencia entre ambos términos está vinculada a los investigadores que trabajan analizando este proceso, pero cumplen las funciones de segmentar las palabras en sus fonemas, identificar fonemas dentro de las palabras, reconstruir una palabra a partir de sus fonemas, agregarles u omitir fonemas, etc.

Una de las estructuras funcionales significativas está en la memoria de trabajo o memoria operativa. Esta no es una memoria en sí misma, sino de atención operativa que permite trabajar con los contenidos de la memoria, almacenando información limitada a los estímulos percibidos, y la manipula

al servicio de procesos cognitivos más complejos, facilitando la codificación de la información en línea.

Los componentes de esta Memoria de Trabajo son:

- **El Bucle Articuladorio**, que mantiene activa y maneja la información presentada por medio del lenguaje, está presente en las áreas puramente lingüísticas.
- **La agenda visoespacial**, que manipula la información visual y espacial
- **El Sistema Ejecutivo Central** o sistema atencional supervisor, que distribuye la atención que se le asigna a cada tarea y la vigila de acuerdo a la tarea y al ajuste de las demandas del contexto.
- **Y el Buffer Episódico**, cuyo rol es combinar la información fonológica-visual y la integra con la información que proviene de memoria a largo plazo.

En la **TABLA 1** se puede observar los componentes funcionales en forma secuencial que constituye el “mecanismo atencional”.

TABLA 1

“MECANISMO ATENCIONAL”

1.-Detectar el estímulo (enfocar).
2.-Decodificar o procesar la información detectada.
3.-Mantener la atención sobre un estímulo relevante, mientras se filtra el resto.
4.-Cambiar o modificar la atención cuando sea apropiado y necesario (flexibilidad).
5.-Inhibición de cambios atencionales involuntarios (distractibilidad).
6.-Organizar la respuesta a los estímulos entrantes (planificación).

En la **TABLA 2** se describe el Sistema Atencional con algunas de sus características y funciones.

TABLA 2
SISTEMA ATENCIONAL

	LOCALIZACIÓN Y NEUROTRANSMISOR	ESTIMULACIÓN	ORIENTACIÓN	FUNCIÓN EJECUTIVA
Sistema reticular	Tronco del encéfalo Noradrenalina	Sistema de alerta y vigilancia (necesario para estar despierto)		
Sistema atencional posterior	Corteza parietal posterior Noradrenalina		Monitoriza acciones no rutinarias Monitoriza estímulos entrantes Atención al espacio (lado izquierdo) Conexión con áreas frontales	
Sistema atencional anterior	Corteza frontal (prefrontal) Dopamina			Focalización en estímulos importantes para la tarea (inhibe distracciones) Permite atención dividida Atención mantenida

* Modificado Soutullo y cols.

Durante estos últimos años se ha evidenciado cada vez más una diferencia sustancial entre los criterios clasificatorios y las bases neurobiológicas de este trastorno que finalmente se ha definido como una disfunción ejecutiva. Del mismo modo hemos señalado que la gran mayoría de los niños rotulados en sala de clases como portadores de un TDAH, se distraen con relación a situaciones propiamente pedagógicas; por no tener competencias antes de ingresar a la escolaridad con funciones básicas logradas para el desarrollo de este proceso lo que habitualmente no se ha obtenido por múltiples variables entre ellas culturales y socio ambientales; o con relación

a no tener una estructura emocional sostenida y apoyada, dado que la mayoría de las evaluaciones tienden a medir logros en contenidos y no se evalúan los procesos o no se considera en sala variables como tolerancia a la frustración o motivación.

Si se lograra en sala, o a través de unidades de apoyo de la escuela como la UTP, observar las dificultades y descartar lo anteriormente mencionado u otras dificultades, estableciendo estrategias de apoyo adecuado a cada niño en sala, es posible que quienes sean sujetos con sospecha de presentar un Trastorno por Déficit Atencional se acerquen más a la prevalencia mostrada a nivel mundial. La mirada en sala y escuela debe ser considerando que los procesos cerebrales que se requieren para el aprendizaje están contextualizados en un marco dinámico y evolutivo. Un niño con dificultades en el ritmo del aprendizaje no debe ser un problema sino un Desafío tanto para el maestro como para la escuela.

La corteza prefrontal cumple el rol en la resistencia a la distracción, sin embargo es importante saber que el cerebelo es responsable de la regulación de la motivación y de establecer regulación de la atención a través de conexiones eferentes cerebelo-tálamo y prefrontales. Los recientes estudios en pacientes con enfermedad degenerativa cerebelosa han mostrado a través de baterías neuropsicológicas cómo estos pacientes no solo presentan alteraciones en los circuitos motores, sino también en tareas de integración visoespacial, razonamiento, disminución de la orientación de la atención y disminución de la fluencia verbal.

La Función Ejecutiva ha sido ya definida y de acuerdo al esquema propuesto por Brown incluye: Activación, Foco, Esfuerzo, Emoción, Memoria y Acción. Este esquema puede resultar altamente interesante para establecer estrategias de apoyo en sala a pacientes con déficit atencionales.

En el proceso de Activación se observan en el niño dificultades para iniciar el trabajo, dificultad para organizar tareas y dificultad para entender instrucciones. La sola intervención mediada en sala facilitará la organización de estas habilidades.

En el proceso de Focalización, se observa pérdida de foco cuando trata de escuchar o planificar, olvido de lo leído, con necesidad de releer y

distractibilidad externa e interna. La articulación de estrategias a partir de programas como el PEI, puede modular estas dificultades.

En el proceso de Esfuerzo, el niño tiende a tener dificultad con la regulación del sueño y del alerta, pérdida fácil de interés por tareas, particularmente en procesos largos y dificultad para terminar tareas a tiempo. Trabajar con la familia sobre higiene del sueño, fragmentar tareas y reforzar no solo logros sino intentos por estos, o un mayor tiempo de ejecución será buenas estrategias en esta área.

En el proceso Emocional se observa un alto impacto de las emociones en pensamientos y acciones y sobre reacción a frustraciones daños o preocupaciones, con alto riesgo de disminuir la motivación. Aquí la intervención requerirá de un apoyo desde la escuela para modular conductas impulsivas en lo socio emocional. El trabajo debe realizarse en conjunto con el sistema familiar a partir de potenciar procesos de autocontrol y reflexión.

En el proceso de Memoria se ve con frecuencia olvido de realizar tareas planeadas, dificultad para recordar materias aprendidas y olvido de materiales y pertenencias. La intervención debe ser más compleja y con el apoyo de profesionales desde la escuela o externos que regulen esta parte del proceso con estrategias psicopedagógicas. Desde la sala asignarle roles de colaborador en las tareas donde no logra competencias puede ser un agente de motivación para el cambio.

En el proceso de Acción se observa con frecuencia dificultad para mantenerse quieto, realizar tareas rápido y en forma descuidada e interrupciones frecuentes. Aquí la intervención de profesionales externos debe ser evaluada con relación a la magnitud y frecuencia de estas conductas. Este apoyo, sea través de psicólogos cognitivistas u otros profesionales, debe ser en red activa con la escuela.

En los alumnos que presentan estas dificultades debe descartarse un TA. Uno de los cambios sustantivos debe estar al procesar la información sala de clases. La entrega de información no necesariamente generará conocimiento en el alumno, por lo que se sugiere el uso de metodologías constructivistas que ayudan al alumno a hacer consciente el aprendizaje, modelan y estimulan el proceso de auto organización. El aprendizaje mediado es

siempre funcional, activo y cooperativo. El aprender a aprender favorece potentemente el desarrollo de la metacognición, construyendo aprendizajes significativos y mejorando la interacción alumno-profesor. Metodologías de esta naturaleza favorecerán la creación de redes en el proceso cognitivo, a través del descubrir, comparar, recordar y expresar.

Respecto de la evaluación de los logros de estos alumnos en el marco del currículo, se sugiere considerar variables que permitan que la evaluación sea procesal (que evalúe procesos) y debe ser permanente, global, sistemática y flexible. En este contexto la evolución debe focalizarse en lo cualitativo y no en lo cuantitativo intentando evaluar competencias y potencialidades. La evaluación en necesidades educativas especiales debe al menos considerar: la evaluación diferenciada, las adaptaciones curriculares y la eximición.

En el contexto de las evaluaciones diferenciadas se debe conceptuar con la modalidad de Heteroevaluación o Coevaluación (entre pares).

La evaluación diferenciada puede incluir:

- Cantidad (disminuir número de ejercicios o largo de textos).
- Modalidad (elegir el instrumento más familiar para el alumno).
- Tiempo (dar la cantidad de tiempo necesario).
- Complejidad (material de un nivel inferior).
- Adaptación de evaluaciones (de acuerdo a fortalezas).
- Uso de canal sensorial más adecuado.
- Considerar el estilo cognitivo del alumno.

Desde esta mirada, entonces, los clínicos debemos tomar conciencia activa del abordaje multidisciplinar que requieren estos pacientes. Los recientes avances en el campo de la Neurociencia Cognitiva, hacen interesantes aportes que debemos incluir, como la evaluación de conciencia fonológica o memoria de trabajo, al planificar estrategias terapéuticas desde las evaluaciones neuropsicológicas y no solo detenernos en clasificaciones como el DSM para abordar a los portadores del síndrome.

GENÉTICA

Respecto a los factores etiológicos, se estima que las causas son atribuidas a factores endógenos básicamente genéticos, o externos, como lesiones pre, peri y post natales, así como a elementos o factores ambientales como la familia, el nivel sociocultural, la escuela, etc.

Para el riesgo relativo de TDAH según causa remitirse a la **TABLA 3**.

TABLA 3

FACTORES INVOLUCRADOS EN LA ETIOPATOGENIA DEL TDAH Y RIESGO RELATIVO (RR)	
Condición	RR (número de veces que multiplica el riesgo)
Genética (padre afectado)	5.0 a 8.2
Genética (hermano gemelo afectado)	12 a 16
Genética (familiar segundo grado: tío, primo)	2.0
Adversidad psicosocial	4.0
Bajo peso al nacer	3.2
Consumo de tabaco (de la madre) durante el embarazo	2.9
Consumo de alcohol durante el embarazo	2.3
Trastorno de conducta en los padres	1.3
Consumo de drogas durante el embarazo	1.2
Nivel socioeconómico	1,15
Edad de la madre	1.05
Cociente intelectual de los padres	1.05

*Modificado de Soutullo y cols.

Relacionado con los factores genéticos, el cociente de heredabilidad del TDAH es de 0,76; es decir, si un niño tiene TDAH, el 76% de la causa de que lo tenga es genética, y no precisamente que sus hijos tienen un 76% de

riesgo de desarrollar un TDAH. Este cociente fluctúa entre 0 a 1, y las cifras observadas en TDAH son superadas sólo por la estatura (0.92). En cuanto al riesgo que un hijo de padre o madre hiperactivos presenten el trastorno es de hasta un 57%. Del mismo modo, los familiares de niños con TDAH tienen una mayor prevalencia de trastornos neuropsiquiátricos como la personalidad antisocial, los trastornos del estado de ánimo, el trastorno disocial, los trastornos obsesivo-compulsivos, los trastornos por ansiedad y el abuso de sustancias.

Esta circunstancia se ha puesto en evidencia al estudiar a los padres biológicos de niños adoptados que sufren este trastorno; la incidencia de patrones psicopatológicos es claramente superior en los padres biológicos que en los adoptivos. A partir de los cambios positivos observados con el uso de sustancias dopaminérgicas como los psicoestimulantes, las primeras investigaciones en la genética molecular se dirigieron hacia los genes relacionados con la transmisión dopaminérgica. El defecto podría situarse en el gen para el transportador de la dopamina (DAT1) en el cromosoma 5p15.3, el cual inactivaría al neurotransmisor posiblemente por la elevada afinidad por el mismo y una menor recaptación de dopamina por la neurona presináptica. Otra posibilidad se situaría a nivel del gen para el receptor de la dopamina (DRD4) en el cromosoma 11p15.5, que codificaría un receptor postsináptico disfuncional, con menor sensibilidad a la dopamina del espacio sináptico.

ASPECTOS CLÍNICOS Y DIAGNÓSTICOS

El TDAH corresponde a una triada sintomática caracterizada por hiperactividad (hipercinesia), impulsividad y dificultad para sostener la atención. Los síntomas se presentan de modo heterogéneo en uno u otro paciente, con mayor o menor intensidad para uno u otro componente de la triada. De esta heterogeneidad se desprenden los tres sub-tipos del TDAH descritos en el DSM-IV:

- 1.- TDAH de predominio inatentivo**
- 2.-TDAH de predominio hiperactivo – impulsivo, y**
- 3.-TDAH de tipo combinado (los síntomas de la triada se presentarían en forma más homogénea).**

De cada 100 pacientes con TDAH, 55 a 60% corresponden al tipo combinado y 27 a 33% tendrían casi exclusivamente sintomatología inatentiva. Hay estudios clínicos que muestran cifras más estrechas para los subtipos, con valores del 43% (tipo inatento) versus 45% (tipo combinado) y del 52 versus 45% (a favor en este caso del inatento). Probablemente las cifras de prevalencia para uno u otro sub-tipo de TDAH varíen según la muestra de origen elegida. Así, no es lo mismo una muestra obtenida de la población general (p.ej., de una escuela) que de una clínica consultante. En la población consultante, como vemos en la práctica habitual, muchos padres llevan a sus hijos por lo molesto, riesgoso y perturbador que resulta su hiperactividad. En ellos, la mayoría será TDAH tipo combinado. En una muestra poblacional, se identificarán niños que jamás han consultado y que tienen un TDAH, entre ellos, habrá probablemente un porcentaje de TDAH inatentivo que – por lo general – no alteran la dinámica relacional.

Los estudios clínicos habitualmente surgen de muestras clínicas o consultantes, de ahí las cifras obtenidas.

Estudios de población general encuentran que de los tres subtipos el de mayor prevalencia es el inatento, con cifras que fructúan entre el 44% a 67%.

En relación con el sexo, en las mujeres predominaría el subtipo inatentivo y en hombres el subtipo combinado, pero como el TDAH afecta más a hombres que a mujeres - entre un grupo de personas con TDAH de tipo atencional -, la mayoría de los afectados igualmente serán estudiantes de sexo masculino. Al respecto, la distribución por sexo orienta a una relación “hombre/mujer” de 4 a 7.4:1 para el DAH subtipo hiperactivo-impulsivo y de 2.7:1 para el tipo inatentivo.

Los criterios diagnósticos DSM-IV (1994) y de su versión revisada, a diferencia del DSM III y III-R (elaborados en base a la experiencia clínica de un grupo de expertos) se fundamentó en un estudio de campo con un total de 600 niños referidos a una unidad clínica especializada.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TDAH (DSM-IV)

1. (1) o (2):

1. seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

1. a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
2. a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
3. a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
4. a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
5. a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
6. a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
7. a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p.ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
8. a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
9. a menudo es descuidado en las actividades diarias.

2. seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad/impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

1. a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
2. a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera permanezca sentado.
3. a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
4. a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
5. a menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
6. a menudo habla en exceso.

Impulsividad

7. a menudo precipita respuesta antes de haber sido completadas las preguntas.
8. a menudo tiene dificultades para guardar turno.
9. a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej., se entromete en conversaciones o juegos).

2. Algunos síntomas de hiperactividad – impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

3. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p.ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

4. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

5. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Subtipos

1.- **TDAH, tipo combinado:** si durante los últimos 6 meses se encuentran presentes los criterios A1 y A2.

2.- **TDAH, tipo predominantemente inatentivo:** si durante los últimos 6 meses se encuentran presentes los criterios A1, sin la presencia de los criterios A2.

3.- **TDAH, tipo predominantemente hiperactivo – impulsivo:** si durante los últimos 6 meses se encuentran presentes los criterios A2, sin la presencia de los criterios A1.

- Para las personas (particularmente adolescentes y adultos) y que presenten en la actualidad sintomatología que no alcanza a reunir lo necesario para el diagnóstico se denomina “en remisión parcial”.

4.- **TDAH no especificado:** se usa cuando existe prominente sintomatología de inatención, hiperactividad – impulsividad sin reunir los criterios exigidos.

DESCRIPCIÓN SINTOMÁTICA

El hombre desde que nace se enfrenta a un sinnúmero de estímulos cuya importancia e intensidad pueden variar cuantitativa y cualitativamente según intereses personales. Sería imposible atender a todo, por lo que constantemente seleccionamos y filtramos estímulos del medio. De ese modo, lo relevante merece atención y lo irrelevante se desplaza e ignora. La capacidad “depuradora” o “filtro” permiten organizar y planificar nuestras vidas, priorizar las tareas y rendir en ellas de modo adecuado. Si ésta disminuye, tanto atención como conducta serán desorganizadas, caóticas, y nuestro funcionamiento poco eficiente: se “atenderá a todo”, pero “no se focalizará” ni permanecerá en (casi) nada.

Es claro entonces que el componente inatentivo no sólo se refiere a la dificultad de “enfocar” y “sostener” apropiadamente la atención, sino a la habilidad básica de “seleccionar y priorizar” las señales del entorno. Al respecto, niños con TDAH presentan dificultad en redireccionar la atención acorde a las necesidades, y su habilidad para enfocar dependerá directamente de la motivación e interés del momento.

En la conducta, los adultos observarán que el niño con DAH (déficit atencional hiperactivo) presenta un patrón errático de comportamiento,

pasando de una tarea a otra sin terminar los proyectos que comienzan [en este aspecto, no es claro si la hiperactividad (HA) e impulsividad, o la desatención es lo más importante y domina el patrón]. En el diálogo, la dificultad de concentración dejará en evidencia la dificultad para establecer una conversación, cambiando el tema con acotaciones fuera de contexto (porque en ese momento por distráctil pensaba en otra cosa); impresionando como ausente, soñador, desinteresado por los demás, poco empático y preocupado “sólo por su mundo”.

La hiperactividad más que una conducta aislada tiende a la estabilidad y caracteriza el modo de relación del niño con su entorno. Creemos que probablemente el concepto hiperkinesia sería más adecuado al referirse a lo físico o puramente motor, donde la hiperactividad (a diferencia del bipolar) no es “psico-motora” sino “motriz” pura. Su actuar – mientras menor sea el niño – consistirá en un ir y venir, un subir y bajar de un lugar, un abrir y cerrar de cajones, un tomar y tirar objetos, sin un sentido o planificación en el actuar. En ello, claramente el observador dará cuenta de la imposibilidad que el hiperactivo tiene para permanecer quieto en un lugar o actividad.

Si la hiperactividad no se expresa en la deambulación, puede expresarse en un sitio específico - el “asiento” de la sala de clases - como un acomodo constante en búsqueda de la postura adecuada que alivie la inquietud y necesidad de abandonar su puesto (movimiento); o bien, puede observarse en un juego de manos (retorcimiento de dedos, tamborileo, o juego con los lápices), en un “balancearse” en la silla, o en un mover la pierna rítmicamente para aliviar lo que describen como una “inquietud en la cintura”, que si se resiste va in-crescendo hasta liberarse en el movimiento.

La impulsividad, a menudo definida como un déficit de control inhibitorio puede ser físico y/o verbal, apareciendo como un “actuar sin pensar” que resulta en una amplia variedad de conductas disociales tales como agresión a pares o actitudes disruptivas en el lugar de estudios. Muchas veces los accidentes se deben al descuido que implica la inatención asociada al patrón hiperactivo/impulsivo, más que un acto deliberado con la intención de dañar. En cuanto a los errores en tareas y actividades generalmente, la “omisión” se explica desde la atención, mientras que la “comisión” desde la impulsividad.

ESCALAS Y EVALUACIÓN

En la evaluación de un niño con TDAH, pueden intervenir psiquiatras, neurólogos, psicólogos, psicopedagogos y el pediatra, pudiendo ser este último el primero en alertar respecto al problema que afecta al menor.

A la fecha no existe un test o examen específico para detectar con certeza un TDAH, más bien el diagnóstico se basa en la evaluación clínica (Ver **TABLA 4**).

TABLA 4: EVALUACIÓN CLÍNICA

-Historia de los problemas

Comienzo, tipo y severidad de los síntomas.

Síntomas asociados.

Conductas descritas en diferentes contextos y por distintos observadores (escuela, hogar, situaciones sociales).

Intentos previos y actuales del manejo conductual.

-Evaluación de las condiciones comórbidas

Depresión

Ansiedad (incluyendo ansiedad de separación, fobia social, etc)

Conductas oposicionistas desafiantes

Presencia de tics motores/vocales

-Historia escolar

Evaluar la existencia de trastornos específicos del aprendizaje, pues su prevalencia en niños asciende al 35% en niños con TDAH

-Historia familiar

Otros miembros con TDAH

Historia de trastornos del aprendizaje

Historia de drogadicción y alcoholismo

Trastornos de ansiedad y depresión

-Historia social

Nivel de educación de los padres

Constelación familiar

Historia de violación doméstica o abuso físico/sexual

Presencia de “adversidades” coyunturales.

-Historia madurativa del niño

-Examen físico, dismorfológico y neurológico

-Características del sueño

-Observación libre del niño: juego, vinculación con los padres

-Uso de cuestionarios estandar: Conners para padres y profesores. CBCL.

Perfil de Atención del Niño (CAP)

*A veces estas comorbilidades conductuales pueden ser el diagnóstico primario en algunos casos y tener un gran impacto en el rendimiento académico y en el funcionamiento social, más que el TDAH propiamente dicho.

La ADHD Rating Scale (ADHD-RS) es una entrevista semi-estructurada que evalúa 18 ítems diferentes correspondientes a cada uno de los 18 criterios diagnósticos DSM – IV para TDAH (en inglés ADHD). Los puntajes asignados a cada ítem son 0 (nunca o rara vez), 1 (a veces), 2 (a menudo), 3 (muy a menudo o severo); con puntuaciones totales que fluctúan entre 0 y 54. Los estudios clínicos utilizan esta escala para evaluar respuesta a tratamiento, siendo especialmente útiles cuando se comparan un fármaco contra placebo o dos o más moléculas entre sí. Habitualmente la metodología considera como respuesta a tratamiento la reducción del 25% del puntaje basal (inicial); siendo importante comparar no sólo el número de pacientes que logran respuesta sino el tiempo que demoran en alcanzar dicha condición (p.ej., si el puntaje base era 50, se considera respuesta disminuye a 37 o menos puntos).

Otra escala utilizada en los estudios de fármacos es la Daily Parent Ratings of Evening and Morning Behavior-Revised [DPREMB-R]), que en algunas metodologías se aplica desde 5 días antes hasta 4 semanas después de haberse iniciado el medicamento. El objetivo es determinar la intensidad de los síntomas en diferentes actividades del día y su respuesta a tratamiento. Se evalúan 11 actividades diferentes con 2 sub-escalas (de la noche y la mañana) y puntajes del 0 (sin dificultad) al 3 (muy dificultoso) aplicable a cada uno de los ítems:

1.-Subescala del atardecer y la noche: problemas con tareas, dificultad para mantenerse sentado durante cena, dificultad para jugar silenciosamente durante PM, inatento y distractil en PM, discute o pelea en PM, dificultad para ir a la cama, dificultad para dormirse.

2.-Sub-escala de la mañana (temprano): dificultad para salir de la cama, dificultad para estar listo, discute o pelea en AM.

El cuestionario de conductas de Connors para padres, es una pauta de registro de las conductas hiperactivas más relevantes que se evidencian en posibles trastornos atencionales, que debe ser completada por los padres permitiéndoles así tener algún grado de claridad frente a la problemática menor. Consta de 10 ítems los cuales deben ser completados con una valoración de 0 a 3 puntos; siendo el valor 0 el correspondiente a la ausencia del ítem observado en la persona evaluada, y el valor 3 para la presencia

constante y habitual. La puntuación máxima es de 30. Entre 0 a 10 puntos: normoactivo, no presenta problemas; de 10 a 20 puntos: hiperactivo situacional o normoactivo pero inmaduro de temperamento; de 20 a 30 puntos: muy hiperactivo o disruptivo. En términos generales, para los varones entre 6 y 11 años, una puntuación mayor a 16 es sospecha de un TDA. Para las damas entre 6 y 11 años una puntuación mayor a 12 puntos es sospecha de un TDA.

COMORBILIDAD

El TDAH en más del 50% de los casos se diagnostica en comorbilidad con otros desórdenes mentales situación que varía según sexo, edad (mayor edad - mayor comorbilidad), origen de la muestra seleccionada, y sub-tipo de trastorno hiperactivo.

La importancia de la comorbilidad radica en: el impacto sobre la terapéutica, en el pronóstico de la enfermedad a mediano y largo plazo y en la persistencia del DAH en el tiempo. En cuanto a la respuesta terapéutica, los trastornos ansiosos o de tipo internalizados responderían en menor grado a los psicoestimulantes aunque algunos encuentran niveles de respuesta similar en pacientes hiperactivos con o sin trastornos ansiosos. Por el contrario, niños DAH con trastorno de conducta comórbido, responden favorablemente a psicoestimulante mejorando aspectos cognitivos y atencionales reduciendo los niveles de agresividad e impulsividad. La influencia de la comorbilidad en el pronóstico a mediano y largo plazo se relaciona con el mayor riesgo que algunos pacientes pueden tener para el desarrollo de otras patologías. A modo de ejemplo, los niños hiperactivos con desorden de conducta asociado presentan niveles más altos de agresividad y ansiedad, con mayores índices de psicopatología parental y problemas de rechazo por sus pares. Del mismo modo, el DAH asociado a desorden de conducta disocial tiene un riesgo mayor para suicidalidad, abuso de sustancias, y trastornos en el desarrollo de la personalidad.

Por otra parte, la comorbilidad estaría involucrada en la persistencia del TDAH influyendo en grado variable el tipo de patología asociada. Al respecto, Biederman y cols. reportan en un seguimiento a 4 años que uno de los predictores de persistencia para el DAH es la comorbilidad con

trastornos del ánimo, conducta y ansiedad. En la tabla 10 se observan las patologías comórbidas más frecuentes, y en la 11 con su rango de prevalencia promedio.

Entre el 25 a 75% de los adolescentes con TDAH reúne criterios diagnósticos para un “trastornos de la conducta perturbadora” (desorden de conducta de oposición desafiante o para trastorno conductual disocial). La coexistencia con “oposición – desafiante” y “trastorno disocial” alcanzan al 30 - 40% y al 30 - 50% respectivamente. En contraste, un estudio multicéntrico multimodal de tratamiento (MTA) en niños con TDAH, que reunió a 576 pacientes (tipo combinado) entre 7 y 9 años de edad, encontró que sólo 14.3% de los niños estudiados presentaba una comorbilidad para trastorno de conducta.

Los adolescentes con desorden de oposición desafiante son persistentemente mas argumentativos, discutidores, negativistas, y desafiantes que el adolescente promedio. Pese a que la mayoría de los adolescentes con TDAH y desorden de oposición desafiante no manifiestan los problemas propios del trastorno de conducta (disocial), a menudo presentan problemas serios a nivel escolar, familiar y en la relación social. Un factor central que subyace en este desorden es la dificultad o el impedimento por parte del adolescente en modular y en cubrir las frustraciones propias de la vida cotidiana.

La comorbilidad con trastornos de conducta hacen del tratamiento un proceso más complejo y menos eficiente, incrementando el riesgo para abuso de sustancias y desórdenes del ánimo. A largo plazo, niños con TDAH y trastornos de conducta han reportado que durante la adolescencia tardía el riesgo para desarrollar un desorden de personalidad antisocial es mayor que en el resto de los adolescentes.

Respecto del trastorno disocial, si los síntomas se dan previo los 12 años, en la mayoría de los casos se asocia un TDAH; mientras que sólo 1/3 de los niños con trastorno disocial de aparición en la adolescencia cumplen con dichos criterios.

Los niños con desórdenes de ansiedad y TDAH asociado (principalmente los de predominio inatentivo) pueden ser crónicamente tensos y ansiosos, desarrollar cuadros de pánico, preguntar constantemente hasta tener certeza, o bien tender a la fobia social; ser extremadamente tímidos y evitativos de

cualquier interacción no estructurada con personas ajenas a su entorno familiar. Algunos adolescentes con TDAH pueden presentar un TOC, con miedos obsesivos persistentes que le lleva a realizar compulsiones como chequear, repetir, contar, limpiar, colocar, acumular, etc. El TDAH a menudo se asocia a un elevado riesgo de distimia y depresión mayor, a veces en combinación con desórdenes de ansiedad o trastorno de oposición desafiante. Los desórdenes del ánimo pueden manifestarse como una persistente y profunda infelicidad, con semanas y meses de incapacidad para sentir algún tipo de placer o disfrute real, incluso en actividades que en alguna ocasión resultaron de agrado; pudiendo la infelicidad puede manifestarse como un humor persistentemente irritable.

Síntomas tales como la hipersomnia o insomnio, extremos entre el excesivo o insuficiente apetito, pérdida marcada de la energía, sentimientos de intensa inutilidad, sentimientos persistentes de “no dar más” puede indicar la presencia de un trastorno depresivo mayor comórbido.

La asociación enfermedad depresiva/TDAH, resulta en una potencial amenaza vital ya que la combinación depresión/desesperanza – conducta disruptiva/hiperactividad/impulsividad, incrementan el riesgo para intento de suicidio. Por esta consideración, la búsqueda activa de elementos depresivos debe ser un ejercicio rutinario en el clínico que evalúa un paciente con TDAH. Cuando aparecen signos de morbilidad, debe evaluarse cuidadosamente la intensidad de la sintomatología depresiva y el riesgo autolesivo, ya que el tradicional tratamiento del TDAH en forma aislada – si bien puede ser de utilidad - resultaría parcial e insuficiente.

La tasa de prevalencia para depresión en pacientes TDAH fluctúa entre 9 y 38%, en el MTA fue de 3.8%; mientras que para los desórdenes de ansiedad la co-ocurrencia sería del 25%, con cifras algo superiores en el MTA del 33.5%.

En la comorbilidad con trastornos del ánimo, la asociación DAH y enfermedad bipolar resulta controversial, ya que establecer la diferencia diagnóstica y el “solapamiento” entre los síntomas de ambos trastornos puede ser en extremo complejo. Generalmente, la bipolaridad puede distinguirse del DAH severo por la presencia de humor elevado, grandiosidad, fuga de ideas o pensamiento acelerado, y disminución en la

necesidad de dormir, aunque la atipicidad de la bipolaridad infantil pueden simular un TDAH en comorbilidad a un desorden de la conducta.

Las bajas tasas de trastorno conductual y depresión en el estudio MTA puede deberse a la edad de los niños estudiados (7 a 9 años) versus el rango generalmente utilizado en este tipo de evaluaciones (6 a 12 años), siendo altamente probable que los niños del estudio MTA aún no hayan desarrollado un desorden de conducta o una enfermedad depresiva.

La comorbilidad con desórdenes de aprendizaje varía entre un 9 a 30% en niños hiperactivos. En el estudio MTA, ascienden al 15.5%.

Estudios en adultos con abuso de sustancias muestran que un elevado porcentaje son o han presentado en la infancia un TDAH, y esto porque los niños y adolescentes con DAH tienen un riesgo de consumo de sustancias que puede incrementarse con los años hacia la adultez.

Vamos a centrarnos ahora específicamente en la Patología Dual: Consumo de Sustancias y TDAH en el adulto.

Sabemos que los pacientes con TDAH tienen menos niveles de dopamina en el cerebro, lo que explicaría por qué tienen más riesgo de abusar de ciertas drogas, esto se ha confirmado en un estudio publicado en los Archives of General Psychiatry, donde los autores del estudio, tras realizarles un escáner a dichos pacientes, observaron que la actividad de la dopamina era mucho más débil en las personas con déficit de atención e hiperactividad que en el grupo de control. Este hallazgo, explica Nora Volkow, coordinadora del estudio del Instituto Nacional de Abuso de Drogas de Bethesda, Maryland (EEUU), *"nos ayuda a comprender por qué los fármacos estimulantes, que amplifican la señal de dopamina en el cerebro, son tan eficaces en estos pacientes. Las drogas como la nicotina o la cocaína aumentan temporalmente las concentraciones de dopamina en el cerebro, lo que explicaría que estos sujetos tengan más riesgo de engancharse a estas sustancias que los individuos sanos. Estas drogas les hacen sentir mejor porque, entre otros efectos, mejoran los síntomas de su trastorno. La dopamina permite a los individuos mantener la atención y el interés en una actividad concreta. Cuando hay un descenso de la dopamina está claro que la persona tendrá más dificultades para permanecer atenta"*.

Por otro lado Sullivan y colaboradores en un estudio realizado en adultos con TDAH y consumo de sustancias en el 2001, determinaron que: *“La persistencia del diagnóstico de TDAH más allá de la adolescencia también parece jugar un papel destacado, dado que el riesgo de desarrollar una drogodependencia parece ser mayor en aquellos pacientes con TDAH en los que el trastorno se mantiene en la edad adulta”*

En los diferentes y pocos estudios realizados, principalmente en Europa y Estados Unidos, se ha determinado que los adultos con TDAH y comorbilidad con Consumo de Sustancias presentan consumo con mayor frecuencia en orden ascendente de: alcohol, cocaína y cannabis.

Según información proporcionada por el Dr. Nestor Szerman, Presidente de la Sociedad Española de Patología Dual: *“20 % de los pacientes que acuden a una consulta por problemas de drogas, especialmente consumo de cocaína sufren TDAH.....Estas nuevas evidencias están cambiando la ya anticuada visión de la simple concurrencia casual de dos trastornos categorialmente separados y la robusta comorbilidad viene a reflejar el solapamiento medioambiental, genético y neurobiológico que da lugar a estas dos manifestaciones dimensionales de la psicopatología”*.

Por su parte, un trabajo retrospectivo en adultos encontró inicio más temprano de Trastornos por consumo de sustancias en sujetos con TDAH en comparación con controles, independientemente de la morbilidad psiquiátrica asociada. Otros estudios prospectivos también hallaron esta asociación; por ejemplo, se observó una relación lineal entre la presencia de síntomas de TDAH a los 8 años y el índice de abuso de drogas ilícitas a los 15. Por su parte, los adultos con Trastorno por Consumo de Sustancias refieren índices más altos de TDAH, desde edades más precoces.

En un estudio realizado por Manuzza en el 2004, uno de los trabajos con seguimiento más prolongado, se confirmó la importancia de los trastornos de conducta como factor de riesgo del Trastorno por consumo de sustancias en pacientes con TDAH. De hecho, se constató que los adolescentes con TDAH sin trastorno de conducta no están más expuestos a presentar Trastorno por consumo. Además, la combinación de TDAH y trastorno de conducta predice mayor abuso de marihuana y de otras drogas ilícitas respecto de sólo TDAH o de trastorno aislado de conducta. Por lo

tanto, todos los datos apuntan a que la interacción entre TDAH y trastorno de conducta es una de las variables de mayor consideración cuando se evalúan y tratan adolescentes y adultos con Trastorno por consumo de sustancias. Por su parte, se observó que la gravedad del abuso de alcohol depende esencialmente de la presencia y gravedad del trastorno de conducta. El pronóstico del Trastorno por consumo de sustancias puede estar afectado por la presencia de TDAH; los índices de remisión y la duración del consumo antes de la disminución fueron significativamente más prolongados en sujetos con TDAH, respecto de los controles.

Existen varios motivos para explicar por qué los pacientes con TDAH están expuestos a más riesgo de consumo; se considera que en pacientes con TDAH -niños y adultos- son frecuentes las disfunciones neuropsicológicas. Los comportamientos impulsivos asociados con riesgo motivan el consumo de alcohol y drogas y los expone al abuso prolongado de estas sustancias.

Además, se considera que alrededor del 30% de los pacientes con TDAH presenta problemas de aprendizaje; las dificultades académicas también los coloca en una situación de mayor riesgo de recurrir a sustancias ilícitas y, de hecho, existen indicios de que la desmoralización por el bajo rendimiento y el fracaso puede ocasionar el consumo y el abuso de sustancias.

Por último, la automedicación también representaría un mecanismo de abuso por sus posibles efectos calmantes (marihuana) o sobre la atención (cocaína), en pacientes con TDAH.

Es por esto que el Dr. Szerman sostiene que: *“Un gran porcentaje de los adictos no son “drogadictos”, como se les juzga, si no que son enfermos que necesitan estos estimulantes para poder vivir normalmente”*.

Por su parte los defensores del modelo Cognitivo – Conductual para explicar la comorbilidad de TDAH y Abuso de Sustancias sostienen que el modelo de consumo está condicionado a:

1. Efectos positivos de la sustancia en el plano farmacológico y emocional
2. Posibilidad de suprimir situaciones emocionales, psíquicas y sociales estresantes (refuerzo negativo)

Lo que explicaría dicho consumo para suprimir todo el sufrimiento y el estigma ocasionado en el plano individual, familiar, social y laboral por la sintomatología del TDAH.

Es imprescindible obtener información acerca de los síntomas desde antes del inicio del abuso de sustancias y, para ello, es útil entrevistar a los pacientes luego de un período de abstinencia de drogas y alcohol, aunque esto no suele ser una tarea sencilla. Tampoco se dispone de herramientas apropiadas para el diagnóstico en adultos.

Uno de los factores de mayor importancia es poder obtener datos acerca de la presencia o ausencia de síntomas de TDAH en momentos en los que el paciente no consume alcohol o drogas.

En relación al TDAH y el trastorno de tics, por tres décadas, ha existido controversia por la aparente relación entre ambos desórdenes. Uno de los hallazgos más llamativos es que cerca de la mitad de quienes padecen un Gilles de la Tourette tienen un TDAH asociado. Paralelo a ello, historia de trastornos por tics o tics transitorios han sido observados en aproximadamente el 27% de los niños con DAH. Tasas inferiores han sido reportadas por otros autores con un 5 a 18% para los hombres y 1 a 11% para las mujeres a lo largo de la vida. Las más altas incidencias para desórdenes por tics se han observado entre los 7 a 13 años de edad. Coincidente con ello, muchos niños a menudo inician psicoestimulantes en ese rango de edad, por lo que se plantea la posibilidad que la aparición de tics en asociación a dichas medicaciones sean causa o sólo coincidencia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los síntomas del DAH no son patognomónicos ni exclusivos del trastorno, por lo que, la evaluación debe orientarse a descartar otras patologías o situaciones que pudieran llevar a confusión. En el diagnóstico deben considerarse factores ambientales (familiares, sociales), psicológicos y médicos (neurológicos, endocrinos, toxicidad por drogas o medicamentos, problemas psiquiátricos, de inteligencia o del aprendizaje); y en primer lugar, debe descartarse que la sintomatología esté dentro de lo normal para la edad del paciente. Muchos niños, mientras más pequeños mayor probabilidad de cumplir con uno o más criterios diagnósticos de TDAH sin

tener necesariamente el trastorno. La diferencia estará en la “cantidad” y “calidad” o intensidad de los síntomas, en su penetrancia (interferencia en el funcionamiento personal y social, presentación en más de un lugar o situación) y en la persistencia (a lo largo del tiempo).

También en la entrevista inicial, entre otros aspectos, debe evaluarse el ambiente familiar y social, si éste es adecuado para el correcto funcionamiento del menor, si favorece una asistencia óptima a la escuela, y si existe o no estructura u organización en las actividades del hogar (como horarios irregulares de comida, estudio, ocio, sueño, ambientes ruidosos, hacinamiento, falta de supervisión, condiciones de pobreza, maltrato, negligencia, etc). Un niño en un ambiente disfuncional o con cualquier grado de abandono (físico, afectivo, nutricional, etc.) puede desarrollar síntomas que se confunden con DAH, pudiendo explicarse desde lo desadaptativo, ansioso, depresivo o conductual. En estos casos, se observarán otros indicadores como ansiedad, dificultades en el dormir, conductas evitativas, irritabilidad, expectación angustiosa, preocupaciones excesivas, quiebre en su rendimiento académico, etc.

Por su parte, un mal dormir, una mal nutrición, la adversidad económica y/o social o cualquier tipo de carencia o problemática externa, puede afectar severamente tanto la capacidad de atención como la motivación académica por. La variabilidad inexplicable en el cumplimiento de tareas y obligaciones, así como en el rendimiento logrado en las evaluaciones, orientarían a un problema ambiental o emocional más que atencional puro.

Si existe sospecha de una dificultad cognitiva, es importante realizar un test de inteligencia que permita descartar este aspecto. Un nivel intelectual normal lento o inferior, hacen que a medida que se avanza de curso (por el aumento de la dificultad y exigencia) se incrementa el riesgo de fracaso escolar. El diagnóstico diferencial del TDAH incluye una amplia gama de patologías, y – como hemos señalado - muchas de ellas pueden presentarse como comorbilidad para DAH lo que hace más compleja la delimitación de los diagnósticos.

Al respecto, desórdenes conductuales, oposición desafiante, trastornos del ánimo, de ansiedad, y de adaptación, deben ser evaluados como probable comorbilidad o como diagnóstico diferencial. Por su parte, algunas

patologías orgánicas como déficit sensorial (visual y/o auditivo), intoxicación por plomo, crisis de ausencias o petit mal, hipo o hipertiroidismo, infecciones, neoplasias y reacciones a drogas, deben ser investigadas si la historia clínica o el cuadro clínico confiere complejidad.

El ambiente, lo situacional e intrafamiliar necesita ser evaluado para determinar si los problemas de esa esfera son causales de la expresión sintomática o bien conviven y exacerban la sintomatología del TDAH. Por ejemplo, un niño con un trastorno del aprendizaje que estudie en un ambiente escolar inadecuado para su problema específico, si además presenta un DAH, el fracaso escolar será mayor, la autoestima menor, habrá más dificultades de relación con sus pares, padres y profesores, generando un problema de proporciones. De igual forma, un ambiente familiar poco estructurado, poco contenedor, o caótico, con una disciplina deficiente, puede facilitar la presencia de problemas de tipo conductual. Por ello, evaluar la situación ambiente tanto del colegio como familiar son parte de la rutina médica frente al TDAH.

BIBLIOGRAFÍA

1. III: epidemiología del TDAH. Hudziak JJ. Genética del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Capítulo II, págs. 57-78. En: Brown TE. Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos. Masson 2003, Barcelona
2. Adler LA, Faraone SV, Spencer TJ, Michelson D, Reimherr FW, Glatt SJ, Marchant BK, Biederman J. The Reliability and Validity of Self and Investigator Ratings of ADHD in Adults. J Atten Disord. 2007 Nov 19.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 4. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994

4. Amstron, T. (2001). Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad. Estrategias en el aula. Editorial Paidós.
5. Avilés, C. L. (2006). Desorden de déficit de atención DDAH: herramientas prácticas para maestros, padres y estudiantes. Hato Rey, P.R.: Publicaciones Puertorriqueñas.
6. Barkley, R. A. (2002). Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales: guía completa del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, TDAH. Barcelona: Paidós.
7. Barkley RA: Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children, *J Clinical Psychiatry*, 63(sup112):36-43, 2002.
8. Barkley, R. (1995). Taking charge of ADHD. New York: Guilford Press.
9. Barkley, R. A. (1982). Specific guidelines for defining hyperactivity in children. *Advances in clinical child psychology*, 5, 137-180.
10. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS et al. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: An 8-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 546-557.
11. Biederman J, Makris N, Valera EM, Monuteaux MC, Goldstein JM, Buka S, Boriel DL, Bandyopadhyay S, Kennedy DN, Caviness VS, Bush G, Aleardi M, Hammerness P, Faraone SV, Seidman LJ. Towards further understanding of the co-morbidity between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder: a MRI study of brain volumes. *Psychol Med*. 2007 Oct 15:1-12.
12. Biederman J, Petty CR, Wilens TE, Fraire MG, Purcell CA, Mick E, Monuteaux MC, Faraone SV. Familial Risk Analyses of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorders. *Am J Psychiatry*. 2007 Nov 15.
13. Biederman J, Faraone SV. Attention deficit hyperactivity disorder: a worldwide concern. *J Nerv Ment Dis* 2004;192:453– 4.
14. Biederman J, Faraone SV, Keenan K et al. Further evidence for family genetic risk factors in ADHD. Patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and paediatrically referred

- samples. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 72-73.),
15. Biederman J, Faraone SV, Milberger S et al. Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: Results from a four-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 343-351.
 16. Biederman J, Faraone S, Mick E. Age dependent decline of ADHD symptoms revisited: impact of remission definition and symptom subtype. *Am J Psychiatry* 2000;157:816-7.
 17. Bird HR, Gould MS, Straghezza BM. Patterns of psychiatric comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 361-368.)
 18. Brown, Th. (2003). *Trastornos por déficit de atención y comorbilidad en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona: MASSON.
 19. Brown, Th. (2006). *Trastornos por déficit de atención Una mente desenfocada en niños y adultos*. Barcelona: MASSON.
 20. Cantlay, L. (1996). *Detecting child abuse: recognizing children at risk through drawings*. Santa Barbara, CA: Holly Press.
 21. Carlson CL, Mann M. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, predominantly inattentive subtype. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2000; 9: 499-510.
 22. Cautela, J. R. (1985). *Técnicas de relajación: manual práctico para adultos, niños y educación especial*. Barcelona: Martínez Roca.
 23. Chamorro.R.(1994).*Síndrome por Déficit Atencional*. Manual de Neurología Pediátrica. Mediterráneo.
 24. Chamorro R. (2007) *Inteligencia, diversidad cognitivo- emocional*. Terremotos y soñadores. TDAH JOURNAL. N° 12. Mayo 2007. Buenos Aires.
 25. Chess, S. (1963). *Diagnosis and treatment of the hyperactive child*. *New York State Journal of Medicine*, 60, 2379-85. Douglas, V. I. (1972). *Stop, look, and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children*. *Canadian Journal of Behavioral Sciences*, 4, 259-282. Ebaugh, F. G. (1923). *Neuropsychiatric sequelae of acute epidemic encephalitis in*

- children. *American Journal of Diseases of Children*, 25, 89-97.
- Guerra, S. (1988). *La integración interdisciplinar del deficiente*. Barcelona: Ediciones CEAC.
26. De la Peña Francisco: Retos en torno a las opciones de tratamiento para niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), *Información Clínica*, Instituto Nacional de Psiquiatría RFM, 11(3):15-16,2000.
27. De la Peña Francisco: El trastorno por déficit de atención con hiperactividad, *Rev Fac Med UNAM*, 43(6): 243-244, 2000.
28. Eiraldi RB, Power TJ, Nezu CM. Patterns of comorbidity associated with subtypes of ADHD among 6 – to 12 – year – old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 503-514.
29. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, et al. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry* 2003;2(2):104 –13.
30. Greenhill LL. Diagnosing attention-deficit hyperactivity disorder in children. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: (suppl 7) 31-41).
31. Goldman L, Genel M, Bezman R, et al. Diagnosis and treatment of attention-deficit/ hyperactivity disorder in children and adolescents. *JAMA* 1998;279(14):1100–7
32. Gomez R, Harvey J, Quick C, et al. DSM-IV AD/HD: Confirmatory factor models, prevalence, and gender and age differences based on parent and teacher ratings of Australia Primary School Children. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40: 265-274.
33. Heward, W. E. (2004). *Niños excepcionales; una introducción a la educación especial*. Madrid: Pearson/Prentice Hall.
34. Hudziak JJ. Genética del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En: Brown TE (ed). *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. Masson 2003, Barcelona.
35. Jensen PS. ADHD: Current concept son etiology, pathphysiology, and neurobiology. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2000; 9: 557-572.

36. Joselevich, E., De Quiros, G. B., Moyano, M. B. y Scandar, R. O. (2003). ADHD, Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad – Qué es, qué hacer. Recomendación para los padres. Buenos Aires: Paidós SAICF.
37. Joselevich, E., De Quiros, G. B., Giusti, E., Heydl, P., et al. (2000). Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (A.D./H.D.) en niños, adolescentes y adultos. Buenos Aires: Paidós.
38. Klein RG, Mannuzza S. Long-term outcome of hyperactive children. A review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30: 383-387.)
39. Laufer, M. W. & Denhoff, E. (1957). Hyperkinetic impulse disorder in children. *Journal of Pediatrics*, 50, 463-474.
40. Lynne, C. (1996). Detecting child abuse: recognizing children at risk through drawings. Santa Barbara, CA: Holly Press.
41. Mannuzza S, Klein R, Bessler A, et al. Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, occupational Rank, and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 565-576.)
42. Mannuzza S, Klein RG, Bonagura N, et al. Hyperactive boys almost grown up: II Status of subjects without a mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 13-18),
43. Milich R, Balentine AC, Lynam DR. ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clin Psychol Sci Pract.* 2001;8:463–488
44. Miranda, A., Jarque, S., & Rosel, J. (2006). Treatment of children with ADHD: Psychopedagogical program. at school versus psychoestimulant medication. *Psicothema*, 18, 335-341.
45. Miranda, A., Jarque, S., & Tárraga, R. (2006) Interventions in school setting for students with ADHD. *Exceptionality*, 14, 35-52.
46. Miranda, A., Amado, L., y Jarque, S. (2001). Trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Una guía práctica. Málaga: Aljibe.
47. Morgan AE, Hynd G, Riccio CA et al. Validity of DSM-IV ADHD predominantly inattentive and combined types: Relationship to previous DSM diagnoses/subtype differences. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 325-333.

48. Morris, R. J. (1989). Special education: research and trends. Spanish. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
49. National Institutes of Health: National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:182-193.).
50. Pediatrics AAO Committee on Quality Improvement SoA-DHD. Diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2000;105:1158–70
51. Safer, D. J. (1979). Niños hiperactivos: diagnóstico y tratamiento. Madrid: Aula XXI Santillana.
52. Shea, T. M. (1986). La enseñanza en niños y adolescentes con problemas de conducta. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
53. Soutullo C, Diez A. Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH. Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2007).
54. Satterfield J, Swanson J, Schell A et al. Prediction of antisocial behavior in attention deficit hyperactivity disorder boys from aggression defiance scores. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 185-190.)
55. Strauss, A. A. y Lehtinen, L.E. (1947). Psychopathology and education of the brain-injured child. New York: Grune & Stratton.
56. Stubbe DE. Attention Deficit Hyperactivity Disorder Overview: Historical perspective, current controversies and future directions. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2000; 9: 469-479
57. Tripp G, Wickens JR. Dopamine transfer deficit: A neurobiological theory of altered reinforcement mechanisms in ADHD. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007 Dec 12.
58. Waisburg HA. Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad (capítulo 4, pags 129-150). En: Massei H. Psicofarmacología. Editorial Polemos, Buenos Aires 2005
59. Wilens T, Biederman J, Spencer T. Attention deficit hyperactivity disorder. *Annu Rev Med* 2002; 53:113 – 31.

60. Wolraich ML, Hannah JN, Pinnock TY, et al. Comparison of diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder in a country-wide sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 319-324

EVOLUTIVIDAD DEL TDAH Y TRATAMIENTO

DRA. EUDERRUH UZCÁTEGUI

DR. JUAN CARLOS MARTÍNEZ AGUAYO

DR. LINO PALACIOS CRUZ

DRA. PATRICIA ZAVALETA RAMIREZ

DRA. ANDREA ABADI

DRA. DANIELA DIAZ JAIMES

DRA. GABRIELA GARRIDO

DR. CHRISTIAN MUÑOZ FARIAS

INTRODUCCIÓN Y GENERALIDADES DEL TDAH Y LA ADOLESCENCIA: EVOLUCIÓN CLÍNICA Y SINTOMATOLOGÍA

La prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en la niñez es del 3 al 5%, al parecer su expresión en la adolescencia no es menor. La mayoría de los niños diagnosticados con TDAH, alrededor del 65%, persisten con el diagnóstico en la adolescencia y el resto podría estar manteniendo algunos de los síntomas que le causen disfunción en al menos 2 áreas de su vida (1, 2). Diferentes factores podrían estar influyendo en muchos adolescentes que no cumplen actualmente con el diagnóstico aunque sí en el pasado, por ejemplo, disminución en la sensibilidad de los criterios diagnósticos para esta etapa de la vida (3). Cuando el diagnóstico de TDAH se realiza durante la infancia, la tarea del profesional de la salud tratante es continuar con el tratamiento tanto como se necesite. Sin embargo, algunos adolescentes que acuden a consulta no tienen el diagnóstico previo y los síntomas del trastorno pueden ser más sutiles durante la pubertad (4). A diferencia del TDAH en el infante, cuando se diagnostica en el adolescente, muchas veces se presenta con mayores complicaciones por el deterioro que este cuadro genera en su desarrollo psicosocial, cuando no ha sido tratado en forma adecuada previamente.

En Latinoamérica existen algunos estudios realizados exclusivamente en población adolescente con TDAH, la mayor parte incluyen niños además de

adolescentes, por ejemplo en Brasil se realizó un estudio que incluyó a 1013 estudiantes de 12 a 14 años de edad, se estimó una prevalencia del TDAH del 6%, además se encontró una elevada comorbilidad con trastornos de la conducta disruptiva (48%). Los jóvenes con TDAH tenían una historia de mayores repeticiones de grado escolar, suspensiones y expulsiones de escuelas, en comparación con el grupo sin el trastorno (5).

En relación al género, en un meta análisis que abarcó 25 estudios entre 1996-2006 sobre prevalencia de enfermedades mentales en adolescentes (n= 14639), se encontró que la prevalencia de TDAH fue mayor en mujeres que en hombres (18% vs 12%), lo cual contrasta con lo reportado en la población infantil (6).

La prevalencia de los subtipos de TDAH cambia en la adolescencia. Es bien conocido que el subtipo combinado es el predominante en la etapa de la niñez y en el sexo masculino, en cambio en la etapa adolescente predomina el subtipo inatento, manteniendo la prevalencia del sexo masculino sobre el femenino (7).

La expresión clínica es semejante en la infancia y en la adolescencia, conservándose la triada clínica nuclear de inatención, hiperactividad e impulsividad; sin embargo la conducta de hiperactividad motora, tan característica en la infancia, suele decrecer en la entrada a la adolescencia y es reemplazada por lo que llamamos “**hiperactividad cognitiva**”, que se expresa fácilmente a través del discurso del joven y su verbosidad, tan poco usual en esta edad, donde los jóvenes son más bien reservados y de pocas palabras. Además, el bajo autocontrol en la conducta, la dificultad para organizarse, la dificultad para esforzarse, y el mal manejo del tiempo adquieren una relevancia importante debido a que los padres depositan más responsabilidades en los jóvenes quienes no manejan estas habilidades como propias ya que durante años esto fue compensado por las madres, principalmente, además de los docentes del colegio y los maestros particulares, dato clínico relevante que podría explicar algunos casos que son diagnosticados hasta la adolescencia. La impulsividad persiste a lo largo de la vida adolescente, lo cual no siempre se pone de manifiesto en conductas disociales, sino que muchas veces se expresa en el ámbito familiar llevando al joven y a sus padres a vivir en situaciones de intenso

malestar en lo cotidiano, y en situaciones propias de la edad como el conducir automóviles, la sexualidad, la posibilidad de embarazos no planeados (8, 9).

Las funciones cognitivas tales como memoria de trabajo verbal, discurso internalizado, el auto-control emocional y la organización a lo largo del tiempo son áreas cada vez más complejas, más elaboradas y mejor desarrolladas a esta edad y en consecuencia, pueden ser más afectados por el trastorno.

Otra complicación es que en la adolescencia aumenta el riesgo de padecer trastornos psiquiátricos altamente comórbidos con el TDAH, como los trastornos de conducta, el abuso de sustancias y los trastornos del ánimo. Se sabe que entre el 25% y el 75% de adolescentes con TDAH también cumplen los criterios diagnósticos para el Trastorno Opositor Desafiante (TOD), lo cual aumenta la disfuncionalidad y complica el tratamiento. En un estudio realizado en Brasil, se encontró que la comorbilidad más común con el TDAH fue el TOD, en el 38% de los casos (10). El riesgo para el abuso de sustancias es mayor en adolescentes que padecen TDAH, sobre todo cuando existe comorbilidad con trastornos externalizados (11). En un estudio reciente realizado en adolescentes mexicanos se encontró una relación significativa entre el uso cotidiano del tabaco y el TDAH (12). En relación a los trastornos del ánimo, se ha encontrado que las niñas con TDAH tienen un riesgo 2.5 veces mayor para desarrollar trastorno depresivo en la adolescencia, además se relaciona con episodios depresivos que inician a una edad más corta, que tienen mayor gravedad y duración y una tasa más elevada de suicidalidad así como mayor probabilidad de requerir hospitalización psiquiátrica en comparación con adolescentes sin el trastorno (13). El TDAH se asocia de forma importante con el Trastorno Bipolar, en ocasiones los síntomas se pueden confundir en la adolescencia por lo que es necesario realizar un adecuado diagnóstico diferencial (14). Los trastornos de ansiedad se asocian significativamente al TDAH en la adolescencia, se ha sugerido que los síntomas ansiosos pueden ocurrir en compensación a la inatención y desorganización; también se ha observado que el adolescente padece “ansiedad de desempeño” (15). La persistencia del TDAH en la adolescencia se asocia significativamente a

síntomas obsesivo-compulsivos, inclusive se ha sugerido que comparten bases fisiopatológicas (16).

Es evidente que la presentación clínica del TDAH en la adolescencia es más compleja y, dadas las necesidades de autonomía propias de la edad, el tratamiento se dificulta. Se ha reportado que los adolescentes con TDAH y comorbilidad con trastornos internalizados (depresión, ansiedad) tienen mejor apego y respuesta al tratamiento que los que presentan trastornos externalizados (de conducta) (17).

En resumen, el número y severidad de los síntomas del TDAH se presentan en un amplio espectro y puede variar con:

- 1) la edad (los más jóvenes tienden a ser más hiperactivos que los adolescentes),
 - 2) el encuadre (contexto estructurado vs no estructurado),
 - 3) el sexo (los varones tienden a presentar el subtipo hiperactivo/impulsivo)
- y
- 4) la presencia o ausencia de comorbilidad psiquiátrica.

Estudios actuales confirman la persistencia del DAH en la adolescencia y la adultez, aunque con matices diferentes. Lo habitual es que con los años tienda a desaparecer la hiperactividad con el característico desplazamiento del niño pequeño, pasando a la referida “sensación de inquietud interna”, que obliga al acomodo en el asiento, a pararse frente a cualquier pretexto, a jugar con los dedos o a mover las piernas y los pies.

Del mismo modo, en lo atencional, hemos visto cómo los adolescentes y adultos buscan (los más inquietos) actividades o trabajos activos; y los menos inquietos (predominio inatentivo) compensan su dificultad adoptando una actitud “obsesiva” hacia el trabajo y el estudio, con dedicación y esfuerzo, que no se compensa en un rendimiento proporcional a lo “invertido” considerando el nivel intelectual y las horas dedicadas a dichas labores.

En la **TABLA 1** se consigna la clínica y la variabilidad etaria del TDAH.

TABLA 1

CLÍNICA DEL TDAH SEGÚN ETAPA DEL DESARROLLO

ETAPA DEL DESARROLLO	CARACTERÍSTICAS DEL TDAH
LACTANCIA	Llantos frecuentes, dificultad para tranquilizarle, alteraciones del ciclo de sueño, dificultad para alimentarlo. Puede llorar de una forma que altera su patrón de nutrición, puede estar excesivamente soñoliento o dormir mal dado su exceso de actividad o inquietud motora.
PREESCOLAR	Inquietud motora, curiosidad excesiva, juego vigoroso y/o destructivo, demandante con los padres, desobediente, disruptivo conductualmente (rabietas frecuentes, agresión hacia los pares), sueño disminuido e inquieto, retraso en los hitos del desarrollo neuro/psico-motor o del lenguaje, conflictos intrafamiliares. Los fenómenos expuestos pueden ser difíciles de diferenciar de los comportamientos normales en niños de esta edad, sin embargo, tanto la actividad motriz como las rabietas son excesivas, de mayor frecuencia e intensidad que lo habitual, y resultan disruptivas para el funcionamiento relacional y para el espectador.
EDAD ESCOLAR	Síntomas relacionados principalmente con la escolaridad y la integración con los pares (interrumpir la clase, pobre capacidad atencional, bajo rendimiento académico, escaso cumplimiento de las tareas escolares y del hogar, dificultades para participar en actividades grupales, baja tolerancia a la frustración, dificultad para iniciar y completar consignas, resistencia tanto a las gratificaciones como a las penitencias, etc.). Las conductas son inconstantes e impredecibles. Los síntomas afectan su funcionamiento tanto académico como social, y los fracasos reiterados pueden comprometer el autoconcepto y la autoestima.
ADOLESCENTES	La actividad motora excesiva (como correr, trepar, abandonar el asiento) tiende a disminuir, aunque puede permanecer la inquietud interna. Aparecen como desorganizado, “vagos” y “aburridos”, rendimiento escolar inconstante y bajo lo esperado para el nivel intelectual, tienen dificultad para trabajar de modo independiente, dificultad para distinguir lo relevante de lo irrelevante, dificultad en mantener relaciones afectivas con pares, impulsividad verbal, conductas de riesgo (tabaquismo, sexualidad precoz, conductas disociales, conducción irresponsable a altas velocidades, actos delictivos, robo y abuso de sustancias), baja autoestima, desesperanza, fatiga, falta de motivación o alta dependencia de la motivación. Importante destacar que la impulsividad del adolescente puede llevarle a romper reglas y a tener conflictos con la autoridad o la justicia.
ADULTOS	Dificultad para concentrarse y la realizar tareas sedentarias, desorganización, olvidos, extravía objetos, incapacidad o dificultad para planificar, dependen de otros para mantener el orden, dificultad para seguir varias cosas a la vez, problemas o dificultad para empezar o terminar una actividad, cambio de actividades, planes o trabajo a “mitad de camino” (no concluye muchas veces lo que comienzan), mal manejo del tiempo, inquietud, impulsividad, “mente ausente” o “parecen no escucha, desinteresados o poco considerados” a causa de su dificultad de concentración.

*Modificado de Popper y cols.

REFERENCIA AL TDAH EN ADULTOS

Existe cierta controversia respecto al TDAH en adultos y respecto al creciente número de personas diagnosticadas y tratadas por este diagnóstico, sugiriéndose desde que esta situación fuese una moda psiquiátrica pasajera hasta el interés por parte de médicos y la industria farmacéutica por incrementar el número de “pacientes”, “patologizando” condiciones normales. Sin embargo, existe cada vez un mayor consenso en que personas afectadas por esta condición presentan un importante sufrimiento al verse dificultados en múltiples ámbitos de la vida, con menores éxitos alcanzados respecto de sus pares o, muy frecuentemente, un igual nivel de éxito respecto a notable mayor sacrificio para alcanzarlo. Por otra parte, pacientes que reciben tratamiento para esta condición, con frecuencia describen mejorías dramáticas en sus dificultades, mejorando múltiples funciones deterioradas, a veces ni siquiera sospechadas. Estudios relativamente recientes, demuestran que el TDAH en adultos es un trastorno válido, que puede diagnosticarse en forma fiable y que presenta un curso clínico previsible.

Se ha demostrado que tanto los hallazgos genéticos como las alteraciones observadas en neuroimágenes cerebrales son consistentes con las encontradas en los casos en la infancia y que los índices de remisión obedecen más a criterios diagnósticos y a la definición de tal remisión, más que a la evolución del trastorno. Parte la controversia suscitada en torno a la validez diagnóstica del cuadro, se debe a la ausencia de criterios diagnósticos específicos para edades posteriores a la adolescencia y a que en la actualidad coexisten dos sistemas diagnósticos ampliamente utilizados. Uno de ellos, propuestos por el grupo de la Universidad de Utah, con Paul Wender a la cabeza, y el otro, basado en la modificación de los criterios del DSM IV. Ambos sistemas diagnósticos, presentan grandes diferencias e identifican grupos de pacientes muy disímiles entre sí.

El grupo liderado por Wender, publica a mediados de la década de los setenta, los primeros estudios que sugieren la persistencia en la adultez de síntomas del TDAH. Al constatarse, que los criterios diagnósticos en ese entonces imperantes (DSM III), no se ajustaban a los hallazgos realizados en estos grupos de adultos, se desarrolla un sistema diagnóstico específico,

basado en trabajos empíricos. Dicho sistema utiliza la evaluación retrospectiva de la presencia de TDAH infantil a través de entrevistas realizadas al sujeto y a otro informante (preferentemente los padres). Se propusieron siete grupos de síntomas para identificar el trastorno:

- 1) Inatención
- 2) Hiperactividad
- 3) Inestabilidad Afectiva
- 4) Irritabilidad
- 5) Baja tolerancia al estrés y la frustración
- 6) Desorganización y
- 7) Impulsividad.

El sistema basado en la Adaptación de Criterios DSM, también presenta importantes limitaciones, los criterios utilizados, fueron derivados de diseños originalmente ideados para población pediátrica predominantemente (y casi exclusivamente) masculina. No existen por el momento datos consistentes que demuestren que dichas adaptaciones definen con precisión la fenomenología adulta. Tampoco existen bases científicas sólidas que determinen la cantidad umbral de síntomas que permita considerar la existencia del trastorno en la adultez, de hecho, los criterios utilizados en la infancia, serían muy restrictivos, respecto al grupo de sujetos que se ven beneficiados por la instauración de un tratamiento. También se ha observado que los adultos frecuentemente olvidan sintomatología muy relevante en la niñez, siendo por tanto, poco confiable la valoración retrospectiva de síntomas en la infancia, con sólo el informe del paciente. Las perturbaciones además definidas por los criterios DSM, están marcadamente relacionadas con los ámbitos de funcionamiento de la población infantil (familia, pares y escuela), mientras que el contexto de interacciones del adulto es muchísimo más amplio, lo que entraña múltiples otras áreas de disfunción no definidas para esta población específica (Ej. Interacción con leyes, sistema judicial, conducción de vehículos, administración económica, sistema financiero, etc.).

Por último, los subtipos definidos por el DSM (Déficit de atención, Hiperactivo-Impulsivo o Combinado) presentan un patrón desconcertante en

los adultos, debido a los cambios que se producen en el paso desde la infancia a la adultez, los niños con el trastorno tienden a presentar un predominio de síntomas combinados, con importante reducción del dominio Hiperactividad-impulsividad (por lo menos según criterios DSM) hacia la adultez, mientras que niños con patrón predominantemente desatento continúan con síntomas similares. El predominio de cada subtipo de síntomas presenta notables diferencias según la edad de la población estudiada. Por otra parte, cabe preguntarse si los hallazgos neurobiológicos encontrados, asociados a un determinado subtipo en la infancia, tienen validez al cambiar el subtipo en la adultez. Más desconcertante aún, es el constatar la escasa validez pronóstica y la poca predictibilidad terapéutica hallada con la actual subtipología, resultados recientes demuestran mayor utilidad en la prescripción terapéutica, de subtipos basados en comorbilidades u otro tipo de variables clínicas, más que en el hallazgo de predominio de un determinado tipo de síntomas.

DECLINACIÓN DE LOS SÍNTOMAS CON LA EDAD

Se ha señalado, que con los actuales criterios DSM, el porcentaje de persistencia de sintomatología a la adultez bordearía el 50%, con una mayor persistencia de síntomas de desatención, respecto a los síntomas de Hiperactividad y los de Inatención, que tenderían a remitir en el tiempo. Sin embargo, esta supuesta remisión de los síntomas Hiperactivo-impulsivos, estaría más dada por la modificación de la presentación de los síntomas a lo largo de la vida, más que por reales cambios evolutivos del trastorno. Esto se ha podido determinar a través de la observación de que si bien, el síndrome específico tiende a decrecer en su prevalencia a lo largo de los años, síntomas aislados o mayor aún, la alteración funcional por ellos provocada, tiende a remitir en porcentajes muy inferiores. Los criterios definidos para varones en edad infantil, deben ser modificados, no sólo de forma de describir más cercanamente las conductas observadas en adultos, deben ojalá representar, también las distintas áreas en que se desenvuelve un sujeto adulto.

TRATAMIENTO

El manejo del TDAH es multidisciplinario, integral e individualizado (20), denominado multimodal; y el enfoque psicofarmacológico constituye la piedra angular del tratamiento. (19). Los estimulantes (21) representan el grupo de medicamentos (22) más utilizados; entre ellos el Metilfenidato; ha demostrado un elevado índice de eficacia. (23)

Existen opciones farmacológicas diversas, útiles en el manejo del TDAH solo o con comorbilidad, como los medicamentos no estimulantes (24) atomoxetina, (25-26) antidepresivos tricíclicos, (27-28) agonistas alfa adrenérgicos (29) y modafinilo (30-31).

Los avances en el tratamiento del TDAH en las últimas décadas no sólo se han dedicado al uso de fármacos, sino también se han enfocado a la esfera psicosocial y neurocognitiva. (32-33).

Acerca del tratamiento farmacológico y de los Algoritmos en Latinoamérica en cuanto a medicamentos se refiere, se hablará con detalles más adelante en un capítulo aparte. Nos vamos a centrar aquí en los tratamientos no farmacológicos de dichos algoritmos y al tratamiento integral en adultos.

El primer Consenso Latinoamericano de TDAH recomienda los siguientes lineamientos para el tratamiento en Pre-escolares.

1. Investigar causas de trastornos del comportamiento en niños preescolares, entre los que hay que incluir: secuelas perinatales, alteraciones sensoriales (sordera, debilidad visual, neuropatía sensitivas, etc.), trastorno generalizado del desarrollo, deficiencia de hierro, pica, etc.; además de evaluar las expectativas de los padres, el estilo de vida y los hábitos de disciplina en casa por parte de los familiares.
2. Iniciar siempre medidas psicoeducativas para mejorar las habilidades de crianza proporcionadas por especialistas.
3. Los fármacos con los que se tiene mayor experiencia clínica. Otras opciones de tratamiento deben individualizarse, en especial en casos con farmacoresistencia, enfermedades médicas e idiosincrasias. (34).

El algoritmo multimodal para el **tratamiento de preescolares latinoamericanos con TDAH plantea como primer recurso el manejo psicosocial y luego el tratamiento farmacológico**. Los principales cambios en el algoritmo son: la recomendación específica de los tratamientos

psicosociales como la psicoeducación, el Entrenamiento en Manejo Parental (EMP) y la Terapia Interaccional Padre-Hijo (TIPH). Finalmente, se recomienda continuar con los tratamientos psicosociales para el mantenimiento en conjunto con la medicación con la que se mostró la mejor respuesta. (34)

El algoritmo multimodal para el **tratamiento escolares latinoamericanos con TDAH** propone:

Las intervenciones psicosociales incluyen:

- a) Intervenciones familiares con psicoeducación y programas de entrenamiento a padres;
- b) Intervenciones escolares con programas de entrenamiento para los maestros y asistencia académica.
- c) Intervenciones conductuales con entrenamiento en habilidades sociales.

Las intervenciones farmacológicas se realizan con y sin estimulantes; se menciona la combinación de algunos medicamentos y el uso de otras opciones. El árbol de decisiones está integrado por seis etapas básicas y dos alternas: la primera y la cuarta.

En la Etapa 0 se consideran el diagnóstico y la Psicoeducación básica, así como la combinación de las intervenciones psicosociales y farmacológicas; cada clínico podrá utilizarlas según la disponibilidad.

En la Etapa 1 se recomienda usar estimulantes.

En la Etapa 1A, se aconseja continuar con estimulantes y ampliar la psicoeducación.

Durante la Etapa 2A se incluye un programa de entrenamiento a padres; se realiza además una reevaluación diagnóstica.

En la etapa 3A se inicia una intervención escolar.

En la Etapa 4A se deberá desarrollar un programa de entrenamiento en habilidades sociales para el niño; se realiza una nueva evaluación diagnóstica.

El algoritmo multimodal para el **tratamiento de Adolescentes Latinoamericanos con TDAH** plantea:

La Etapa 0 del algoritmo inicia con una evaluación clínica integral mediante entrevistas a varios informantes y al adolescente y la aplicación de clinimetría basal para determinar la severidad del padecimiento.

Una vez establecido el diagnóstico, en esta etapa se comienza también con la información a los padres y al adolescente sobre el TDAH, el tratamiento y las estrategias iniciales sobre cómo manejar este padecimiento.

La Etapa 1A, consiste en el inicio de una psicoeducación amplia a padres y el adolescente. Se recomienda evaluar la respuesta a las 4-6 semanas, una vez implementada la intervención psicosocial.

En la Etapa 2A se sugiere primero, en caso de continuar con una respuesta parcial o nula al tratamiento integral, revisar el cumplimiento de las intervenciones psicoeducativas, el nivel de funcionamiento familiar y la posible presencia de psicopatología en alguno de los familiares de primer grado. Iniciar con entrenamiento conductual para los padres.

En la Etapa 3 se sugiere una reevaluación diagnóstica y la detección de posibles eventos secundarios graves que pueda interferir con un apego irregular al tratamiento.

En la Etapa 3A se sugiere revisar el cumplimiento y el apego a las intervenciones conductuales enseñadas. Debe evaluarse el nivel de funcionamiento familiar. Una vez evaluado lo anterior, se recomienda iniciar con intervenciones escolares con los maestros.

Una vez instalada la intervención escolar, se recomienda evaluar la respuesta al tratamiento integral 4-6 semanas después. (35)

La Etapa 4A sugiere que, previo a la instalación de la Intervención psicosocial de esta etapa, se revise el cumplimiento general de las intervenciones escolares y psicosociales implementadas, evaluar el nivel de disfunción familiar y reforzar la importancia que alguno de los miembros de primer grado con psicopatología cercanos al adolescente con TDAH pueda ser tratado.

Evaluar la respuesta a las 4-6 semanas de implementado el tratamiento cognitivo-conductual.

La Etapa 5 recomienda nuevamente reevaluar el diagnóstico. (36)

El algoritmo multimodal para el tratamiento de Adultos latinoamericanos con TDAH propone:

Para la evaluación y diagnóstico del TDAH en el adulto es necesario investigar los síntomas y su gravedad, la comorbilidad e impacto psicosocial, aplicando instrumentos clinimétricos de autoreporte e

informantes y entrevistas estructuradas para el diagnóstico de trastornos psiquiátricos.

Se debe tomar peso, presión arterial (T/A) y frecuencia cardíaca (FC). Se debe ofrecer psicoeducación para el paciente y su familia sobre el diagnóstico, cuadro clínico, tratamiento y discapacidad que produce el trastorno en la vida cotidiana. Debe mencionarse que no existe evidencia científica sobre la combinación y escalamiento conjunto de intervenciones farmacológicas y psicosociales en adultos, esta propuesta surge del consenso entre los autores.

Etapa 1: Metilfenidato o atomoxetina o anfetamina

1. Recomendaciones de tratamiento

- a. La evidencia científica avala la eficacia del metilfenidato y de la atomoxetina como medicamentos de primera elección para el TDAH en adultos.
 - b. Se recomienda el uso de metilfenidato de acción corta en adultos con pobre tolerancia a los estimulantes de acción prolongada o al uso de atomoxetina.
 - c. Se recomienda el uso de metilfenidato de liberación prolongada debido a que facilita el mantenimiento del tratamiento.
 - d. Se recomienda el empleo de atomoxetina en pacientes que presenten trastornos del sueño o del apetito.
 - e. Se recomienda que las mujeres no se embaracen durante el tratamiento farmacológico.
- 2.** Se sugiere para las estimulantes dos semanas y evaluar respuesta, ajustar dosis en caso necesario, vigilar el apego al tratamiento antes de cambiar a otro medicamento.
 - 3.** Las dosis recomendadas de metilfenidato en adultos son de 40 a 80 mg/día y vigilar efectos colaterales, T/A, FC y peso.
 - 4.** Las anfetaminas se indican en 2 tomas diarias cuando son de acción inmediata.
 - 5.** Las dosis recomendadas para atomoxetina son de 60 a 120 mg/día. Se inicia con el 50% de la dosis por dos semanas y se instala posteriormente el 100% de la dosis recomendada, la respuesta se evalúa en 4 semanas después

de alcanzada la dosis optima de mantenimiento se evalúa a la octava semana. Vigilar efectos colaterales y constantes biológicas T/A, FC y peso.

6. Si la respuesta es parcial o se presentan efectos colaterales graves se pasa a la Etapa 1A.

Etapa1A: Psicoeducación

Se continúa con la medicación anterior. La psicoeducación debe enfatizar la importancia del compromiso del paciente con su tratamiento y con el entrenamiento de estrategias cognitivas y desarrollo de habilidades sociales. Evaluar respuesta a la sexta semana, si la respuesta es parcial pasar a la etapa 2.

Etapa 2: Cambio de medicamento

Si se indicó metilfenidato de acción corta deberá cambiarse a uno de acción prolongada; si se inició con un metilfenidato de acción prolongada se buscará el cambio de presentación (OROS, SODAS, DIFUCAPS). En los países que se tenga disponibilidad se puede cambiar a anfetaminas. Si se inició el tratamiento con atomoxetina cambiar a metilfenidato de acción corta o prolongada. Se deben monitorizar los efectos colaterales, T/A, FC y peso. Evaluar entre la segunda y cuarta semana. Si la respuesta es parcial o graves efectos colaterales se pasa a la etapa 2A.

Etapa 2A: Reforzar psicoeducación y técnicas conductuales

Se mantiene el medicamento anterior. Se debe reforzar el programa psicoeducativo revisando las intervenciones previas e implementar programa de Terapia Cognitivo Conductual, enfatizando el automonitoreo, estrategias de afrontamiento y técnicas conductuales que mejoren el funcionamiento de las áreas afectadas en la vida cotidiana. Evaluar en la sexta a octava semana. Si la respuesta es parcial se pasa a la Etapa 3

Etapa 3: Bupropión/anfebutamona

Está indicado en adultos con respuestas favorables 50-60%, es bien tolerado con pocos efectos adversos, sin riesgo adictivo. Se ha utilizado en combinación con estimulantes.

La dosis recomendada es de 150 a 300 mg/día en dos tomas diarias. Se recomienda vigilar efectos colaterales dermatológicos. Si la respuesta es parcial o con efectos colaterales graves, en cuatro a seis semanas se reevaluará el diagnóstico, la comorbilidad y se pasará a la Etapa 3A.

Etapa 3A: Reforzar psicoeducación y terapia emocional

Reforzar el programa psicoeducativo revisando las intervenciones previas de forma minuciosa y evaluar el ingreso a un programa de terapia grupal con: psicoeducación sobre el trastorno, trabajar el enojo y la frustración, guiar a los pacientes para identificar las claves internas de su enojo y el uso de estrategias de afrontamiento para la expresión del mismo, se abordarán las emociones asociadas al TDAH de tipo depresivo y las que afectan la autoestima relacionadas con el fracaso y la creencia de que su situación nunca cambiará. Evaluar en ocho a diez semanas. Si la respuesta es parcial, reevaluar el diagnóstico y considerar la comorbilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Biederman J, Faraone S, Milberger S, et al. A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1996; 53:437–446.
2. Ingram S, Hechtman L, Morgenstern G. Outcome issues in ADHD: adolescent and adult long-term outcome. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 1999; 5:243–250.
3. Biederman J, Mick E, Faraone S. Age-Dependent Decline of Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Impact of Remission Definition and Symptom Type. *Am J Psychiatry* 2000; 157; 816-818.
4. Wolraich ML, Wibbelsman CL, Brown TE, Evans S, Gotlieb EM, Wilens T, y cols. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Adolescents: A Review of the Diagnosis, Treatment, and Clinical Implications. *Pediatrics* 2005; 115:1734-1746.
5. Rhode, Biederman J, Busnello E, Zimmermann H, Schmitz M, Martins S, Tramontina S. ADHD in a school Sample of Brazilian Adolescents: A Study of Prevalence Comorbid and Impairments. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 1999; 38:716-722.

6. Fazel S, Doll H, Langstrom N. Mental Disorders among Adolescents in Juvenile Detention and Correctional Facilities: A Systematic Review and Metaregression Analysis of 25 Surveys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47:1010-1017.
7. Hurtig T, Ebeling H, Taanila A, Miettunen J, Smalley S, McGough J, Loo S, et al. ADHD Symptoms and Subtypes: Relationship Between Childhood and Adolescent Symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 2007; 46:1605-1613.
8. Biederman J., Faraone S., Taylor A. Diagnostic Continuity between Child and Adolescent ADHD: Findings from a Longitudinal Clinical Sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, 37 (3); 305-313.
9. Lambert N., Hartsough C., Sassone D, Sandoval J. Persistence of hyperactivity symptoms from childhood to adolescence and associated outcomes . *Am J Orthopsychiatry* 1987, 57: 22-32.
10. Pastura G, Mattos P, Pruber de Queiroz A. Prevalência do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade e Suas Comorbidades em uma Amostra de Escolares. *Arq Neuropsiquiatr* 2007; 65:1078-1083.
11. Biederman J, Ball S, Monuteaux M. New insights into the comorbidity between ADHD and Major Depression in Adolescent. *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry* 2008;47:426-434.
12. Lara MC, Romero T, Foncerrada H, Rebollo C, Aguilar J. Psicopatología y uso de tabaco en estudiantes de secundaria. *Salud Mental* 2006; 29:48-56.
13. August G, Winters K, Realmuto G et al. Prospective Study of Adolescent Drug Use among Community Samples of ADHD and Non-ADHD Participants. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45:824-832.
14. Palacios L, Romo F, Patiño L, Leyva F, Barragán E, Becerra C, De la Peña F. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno bipolar pediátrico. ¿Comorbilidad o traslape clínico?: Una revisión. Primera parte. *Salud Mental* 2008; 31:19-22.
15. Smalley S, McGough J, Moilanen I. Prevalence and Psychiatric Comorbidity of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in an adolescent

Finnish Population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46:1575-1583.

16. Vargas L, Palacios L, González G, De la Peña F. Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: Una actualización. Segunda Parte. *Salud Mental* 2008; 31:283-289.

17. Jensen P, Hinshaw SP, Kraemer HC. ADHD comorbidity from the MTA Study: comparing comorbid subgroups, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40:147-158.

18. Barkley R. Global Issues Related to the Impact of Untreated Attention –deficit/Hyperactivity Disorder From Childhood to Young Adulthood. *Postgraduate Medicine*, a JTE Multimedia Company 2008; 120:48-59.

19. Elia J, Ambrosini P y Rapoport J. Drug Therapy: treatment of Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder. *The New England Journal of Medicine*. 1999;10:780-788.

20. Majewicz-Hefley A, Carlson J. A meta-analysis of combined treatments for children diagnosed with ADHD. *J Atten Disord*. 2007; 10: 239-50.

21. Swanson J. Effect of stimulant medication on hyperactive children: a review of reviews. *Excep Child*. 1993; 60:154-60.

22. Poulton A. Long-term outcomes of stimulant medication in attention-deficit hyperactivity disorder. *Expert Rev Neurother*. 2006; 6: 551-61.

23. González-de Dios J, Cardo E, and Servera M. Methylphenidate in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: are we achieving an adequate clinical practice? *Rev Neurol*. 2006; 43: 705-14.

24. Banaschewski T, Roessner V, Dittmann R, Santosh P. Nonstimulant medications in the treatment of ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 13 (Suppl 1): S102-16.

25. Gibson A, Bettinger T, Patel N, Crismon M. Atomoxetine *versus* stimulants for treatment of attention deficit/hyperactivity disorder. *Ann Pharmacother*. 2006; 40: 1134-42.

26. Summer C, Schuh K. Placebo-controlled study of the effects of atomoxetine on bladder control in children with nocturnal enuresis. *J Child Psychopharmacol.* 2006; 16: 699-711.
27. Biederman J, Baldessarini R, Wright V, Knee D. A double-blind placebo controlled study of desipramine in the treatment of ADHD: I. Efficacy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1989; 28: 777-84.
28. Geller B, Reising D. Critical review of tricyclic antidepressant use in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999; 38: 513-6.
29. Connor D, Fletcher K, Swanson J. A meta-analysis of clonidine for symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999; 38: 1551-9.
30. Biederman J, Swanson J, Wigal S, Kratochvil C, Boellner S, Earl C, et al. Efficacy and safety of modafinil film-coated tablets in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled, flexible-dose study. *Pediatrics.* 2005; 116: 777-84.
31. Turner D. A review of the use of modafinil for attention-deficit hyperactivity disorder. *Expert Rev Neurother.* 2006; 6: 455-68.
32. Barkley R. Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *J Clin Psychiatry.* 2002; 63 (Suppl 12): 36-43.
33. Barragán-Pérez E, De la Peña-Olvera F, Ortiz-León S, Ruiz-García M, Hernández-Aguilar J, Palacios-Cruz L, Suárez-Reynaga A. Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Bol Med Hosp Infant Mex.* Vol. 64, septiembre-octubre 2007.
34. Palacio JD, Ruiz-García M, Bauermeister JJ, Montiel-Navas C, Henao GC, Agosta G. Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Preescolares Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) *Salud Mental* 2009; 32 (S1).
35. De la Peña Olvera F, Barragán Pérez E, Rohde LA, Patiño Durán L, Zavaleta Ramírez P, Ulloa Flores R, Isaac AM, Murguía A, Pallia R,

Larraguibe M. Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Escolares Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Salud Mental* 2009; 32:S17-S29.

36. Palacios Cruz L, Zavaleta Ramírez P, Patiño Durán R, Abadi A, Díaz Jaimes D, Taddey N, Garrido G, Rubio E, Grañana N, Muñoz C, Sosa Mora L. Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Adolescentes Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) *Salud Mental* 2009; 32:S31-S44.

TRASTORNOS DEL ESPECTRO ANSIOSO

DR. RODRIGO CHAMORRO O.

DR. CHRISTIAN MUÑOZ FARÍAS

INTRODUCCIÓN

Una de las emociones más propias de la especie animal es el miedo. Éste desde los orígenes del hombre como especie, ha permitido biológicamente anticiparse al peligro y proteger la especie. Por otro lado y evolutivamente la ansiedad surge desde la conciencia de la finitud, sin certeza del tiempo en que esta ocurrirá.

La conciencia, el saber que sabemos genera desde el comienzo los fenómenos de ansiedad, que es la emoción más cercana al ser humano, por su condición de ser un animal que conoce. Así surge la angustia existencial, que se va a expresar significativamente en las etapas de preadolescencia y adolescencia. (Chamorro. R 2008, Muris P. 1998).

Durante toda la evolución esto ha ido cambiando, generando nuevos mecanismos adaptativos vinculados a los cambios del ambiente, sin embargo hoy sabemos de cómo este ambiente es modulado también por el hombre a partir de una plasticidad dinámica y evolutiva. La ansiedad como emoción es parte constitutiva del desarrollo humano. Puede experimentarse como incomodidad emocional asociada a la anticipación de peligro o de amenaza. La ansiedad es un estado de espera expectante y aún cuando genere fenomenológicamente esta sensación de incomodidad, la mayor parte de las veces nos pone en alerta para desarrollar estrategias eficientes desde las áreas prefrontales, para la resolución de problemas, como parte de la respuesta que nos facilitan las funciones ejecutivas, entonces, debemos entender que la ansiedad está presente a lo largo del desarrollo en tareas que el individuo debe resolver en el proceso de construcción de su vida.

Los seres vivos estamos dotados de un sistema biológico que nos permite experimentar ansiedad o temor. La emoción del miedo puede funcionar como señal de alarma y como barrera contenedora evolutiva para impedir que el niño se aventure en situaciones para las que todavía no ha desarrollado las habilidades necesarias de acuerdo a su neurodesarrollo. Emociones como el miedo, la ansiedad, la tristeza ocurren de forma normal en algún momento del desarrollo. Las causas de las mismas, la forma en que se manifiestan y su función adaptativa, cambian según el niño crece y transita desde la infancia a la adolescencia. (Freeman JB. 2002).

Es normal que los niños tengan ciertos miedos y preocupaciones, sin embargo muchas veces es difícil definir cuándo la ansiedad se transforma en un trastorno. Algunos síntomas evolutivos pueden ser un problema transitorio sin alcanzar a constituir un trastorno. Con relación a los miedos evolutivos es frecuente que los lactantes manifiesten miedo o sobresalto frente a ruidos fuertes, ante la presencia de extraños, etc. Los niños pequeños, por su parte, presentan con frecuencia temor a la oscuridad, a criaturas imaginarias y a los cambios climáticos, etc. Los niños en edad escolar suelen mostrarse ansiosos ante situaciones nuevas, se preocupan por su salud, por la estabilidad de su entorno y por su desempeño escolar y social. En la adolescencia puede aparecer temor a la evaluación social, particularmente frente a la experiencia de contacto con pares de género opuesto, evitación de actividades nuevas o ensayo de conductas de riesgo como abuso transitorio de alcohol y sustancias. De este modo podemos definir como la ansiedad normal a aquella respuesta emocional al entorno que es adecuada al nivel de desarrollo evolutivo y que permite una respuesta de adaptación al medio y a la ansiedad patológica, como un estado de preocupación o expectación excesiva que interfiere con las actividades normales del individuo y cuya expresión fenomenológica es desproporcionada con relación al nivel de desarrollo del sujeto. (Muris P. 1998)

Distinguir entre normal y patológico es particularmente complicado en el caso de los trastornos de ansiedad debido a que ésta tiene funciones adaptativas. En el caso de los niños y adolescentes, fenomenológicamente nos ayuda a determinar esta línea diagnóstica entre la normalidad y la

patología es la capacidad del niño para recuperarse de la ansiedad y permanecer libre de ésta cuando la situación que la ha provocado ha desaparecido, lo que se ha denominado flexibilidad en la adaptación afectiva. Solo desde las dos últimas décadas del siglo veinte, en adelante, es que los Trastornos de Ansiedad en la Infancia, cobran importancia en la investigación en psicopatología.

EPIDEMIOLOGÍA

Los estudios epidemiológicos sobre los trastornos de ansiedad presentan serias dificultades metodológicas, entre ellas la dificultad existente para delimitar y diseñar los estudios epidemiológicos, complejizado además a que la descripción de los síntomas depende de la información proveniente de fuentes no siempre objetivas en el relato, como el de los padres o los profesores. La prevalencia de los Trastornos de Ansiedad en la infancia (TAI) oscila entre 5,6% y 21%. Las niñas presentan una más alta frecuencia que los varones, aproximadamente 2.5 veces superior a los varones (19.5 para las mujeres y 8 % para los hombres), excepto el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social, que presentan tasas de prevalencia muy parecidas en ambos sexos. La comorbilidad en los trastornos de ansiedad es del 68 %. Dos de cada 3 personas con trastornos de ansiedad, presentan además otros trastornos. La comorbilidad con la depresión es del 50% (Costello EJ.2004).

ETIOPATOGENIA

Como otros trastornos neuropsiquiátricos, los trastornos de ansiedad pueden ser explicados aplicando el modelo causal de vulnerabilidad frente al estrés. Según éste, el sujeto puede presentar una serie de factores predisponentes o de riesgo para el padecimiento de los trastornos de ansiedad que serían gatillados por otros factores desencadenantes. No existe una causa única para los TAI, sino que estos trastornos parecen resultar de una interacción entre factores genéticos y factores ambientales de riesgo y protección, que influyen en el desarrollo y mantenimiento de los TA. No hay aún una respuesta única de como los factores de riesgo o predisponentes confluirían y terminarían o no produciendo los trastornos de ansiedad; además, los

estudios necesitarían incluir la perspectiva del desarrollo porque no todos los factores de riesgo o situaciones traumáticas tienen un mismo efecto patogénico según el momento del desarrollo en el que tienen lugar. (AACAP. 2007). Aunque parece que los trastornos de ansiedad tienden a ser frecuentes en determinados tipos de familias, aún no se ha establecido exactamente si la transmisión es genética o determinada por la crianza, o la combinación de ambos factores. (Weems C.2005; Creswell C.2007).

Se sabe qué factores genéticos podría tener un rol en la génesis de algunos trastornos como la ansiedad de separación, los trastornos de pánico y los trastornos obsesivo compulsivos. (Pauls D.2008; Saus E. 2010). Otras manifestaciones clínicas de la ansiedad como la ansiedad generalizada, parecen estar más condicionadas por factores ambientales. Cabe también considerar como variable, a los niños que son inhibidos comportamentalmente, tímidos o tendientes al retraimiento en los primeros años tienen más tendencia a desarrollar trastornos de ansiedad posteriormente. (Heim C.2001).

La sobreprotección que, con frecuencia, debida a las propias ansiedades parentales, tales como ansiedad de separación, viene a contribuir a la génesis en el niño de una percepción de sí mismo como alguien indefenso, desprovisto de los recursos personales de protección frente a situaciones difíciles. (Manaseis K. 2000).

Las actitudes parentales críticas o los estilos educativos excesivamente punitivos pueden ser intimidatorios e interferir en el desarrollo de un concepto de sí, seguro y capaz. Y finalmente se sabe que los ambientes sociales desfavorables generan un clima de inseguridad crónica que puede contribuir al desarrollo de un trastorno de ansiedad. (Bittner A.2007).

Los niños que presentan TA presentarían una reactividad de los núcleos amigdalinos y sus proyecciones estriatales, hipotalámicas, autonómicas y cardiovasculares. Se asocia también a activación de la corteza frontal derecha. Esto se corresponde con los hallazgos en ansiedad infantil y de adultos. (Kagan J. 1999). Los estresores tempranos, incluidos trastornos ansiosos de la madre durante la gestación, son reconocidos como facilitadores de la aparición de TA ya desde la niñez (TEPT, Trastorno por Estrés Agudo, Estrés Temprano Adaptativo Ansioso) e Inciden fuertemente

en un deterioro de los fenómenos neuroplásticos en las áreas hipocampales, como ya ha sido descrito en el Capítulo de Neurodesarrollo. (Chamorro R 2008).

Los estudios neurofisiológicos han demostrado que existe una estrecha relación psiconeuroendócrina entre el estrés, la ansiedad y la depresión. (Kallen VL.2008). Una evidencia de esto, es la reducción del volumen hipocampal en eventos vinculados al estrés temprano, tal como ocurre en mujeres abusadas con Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), en mujeres con abuso sexual crónico, en personas con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) relacionado a trauma infantil, y en pacientes con trastornos del neurodesarrollo (Koda et al. 2003.). Con relación al vínculo entre las experiencias adversas tempranas y TAI, el abuso infantil o la negligencia son, en estudios epidemiológicos, importantes predictores de aparición posterior de varios trastornos de ansiedad. En chicos con experiencias adversas tempranas se ha encontrado cambios en los ciclos diurnos de cortisol, respuesta del eje hipotálamo-hipofisario alterada a diversas pruebas farmacológicas, nivel de catecolaminas periféricas alterado, con reactividad cardiovascular, respuesta alterada a pruebas serotoninérgicas y alteraciones anatómicas en el cuerpo calloso, la amígdala y regiones corticales. (De Bellis.M. 2000).

Numerosos estudios han evidenciado que el estrés infantil puede producir directamente TEPT, y predisponer a futuros TEPT como respuesta a situaciones estresoras en la vida adulta. (Kagan J.1999). El estrés temprano induce sensibilización al estrés tardío, resultando en un incremento de varios trastornos de ansiedad. (AACAP. 2007).

Todo trastorno ansioso puede suponer la activación de la angustia con sus componentes somáticos, psíquicos y conductuales, mediados por la respuesta al estrés. El estrés es la respuesta del organismo a estímulos procesados como peligrosos, activándose el sistema simpático, liberando cortisol la glándula adrenal. La amígdala, como mediador de la actividad autonómica, se ha asociado al apego humano inseguro. (Lemche E. 2005).

En el circuito neuroquímico vinculado de la angustia, están involucrados al menos cuatro circuitos de neurotransmisores: el serotoninérgico, gabaérgico, dopaminérgico y noradrenérgico. Algunos estudios han relacionado la

desregulación en el sistema noradrenérgico al desarrollo de ansiedad excesiva. Un funcionamiento alterado del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal ha sido relacionado con altos niveles de ansiedad en niños y adolescentes, y síntomas de ansiedad por separación podrían predecir un nivel de concentración elevada de cortisol. (Hirfield-Becker DR.2002).

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes son trastornos psiquiátricos frecuentes. Muchos pacientes con trastornos de ansiedad experimentan síntomas físicos relacionados con la ansiedad y, posteriormente, consultan a sus médicos pediatras pensando en una patología orgánica antes de llegar a un profesional en salud mental. A pesar de las altas tasas de prevalencia de estos trastornos de ansiedad, a menudo no son reconocidos y son tratados como problemas clínicos.

Trastorno de ansiedad por separación

De acuerdo con el DSM-IVR el trastorno de ansiedad por separación se caracteriza por excesiva ansiedad, más allá de la esperada para el nivel del desarrollo del niño, acerca de la separación del hogar o de la gente hacia quienes tiene una fuerte relación de apego, tal como la madre o el padre, con una duración de no menos de 4 semanas. La ansiedad de separación se caracteriza por los siguientes síntomas:

- Preocupación persistente y excesiva acerca de perder el sujeto motivo del apego
- Negativa o rechazo a dormir sin que esté cerca el individuo motivo del apego
- Excesivo estrés (pataletas) cuando la separación es inminente
- Pesadillas recurrentes acerca de la separación
- Resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación
- Nostalgia (deseo de retornar a casa o hacer contacto con la figura de apego)
- Frecuentes síntomas físicos o somáticos como dolor abdominal, cefalea, palpitaciones, vértigo, vomito, dolores musculares, etc.

La familia frecuentemente refuerza los síntomas de ansiedad de separación. La ansiedad por separación generalmente es un precursor de la fobia escolar.

Mutismo selectivo

Se caracteriza por la incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas (en las que se espera que hable, por ejemplo, en el colegio) a pesar de hacerlo en otras situaciones. El mutismo selectivo se acompaña por timidez y ansiedad en muchos casos. Es un trastorno que primariamente afecta a los niños, pero en ocasiones en la adolescencia puede continuar experimentando inhabilidad para hablar en público, que mas adelante puede convertirse en una fobia social. Esta alteración interfiere significativamente con el rendimiento escolar o laboral o la comunicación social. La duración de esta alteración es de por lo menos 1 mes (no limitada al primer mes de colegio). Esta incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación (p. ej., tartamudeo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Trastorno de ansiedad generalizada

El Trastorno de ansiedad generalizada (TAG), anteriormente llamado Trastorno por ansiedad excesiva de la infancia, es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes. Su cuadro clínico produce recaídas persistentes y un compromiso funcional significativo, debido a la diversidad de presentación de síntomas, incluidos síntomas autonómicos, síntomas musculoesqueléticos, gastrointestinales y respiratorios, así como síntomas psicológicos de ansiedad, tensión y preocupación. Cuando a los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada se les pregunta sobre su calidad de vida, el deterioro y compromiso que reportan es equiparable con el de la depresión mayor. Se caracteriza por una preocupación persistente, excesiva e irreal que puede presentarse en niños, adolescentes y adultos, como lo describe el (DSM-IV-TR). Usualmente, los niños pequeños experimentan miedos y ansiedades propias del desarrollo normal tales como ansiedad de

separación, temores a ruidos fuertes, miedo a personas extrañas, monstruos y la oscuridad. Los niños en edad escolar pueden preocuparse por lesiones corporales y los desastres naturales; muy comunes en nuestros días, por los recientes terremotos que se presentaron en Haití y Chile. En los adolescentes, las preocupaciones y temores pueden incluir preocupaciones acerca de la aceptación social, el desarrollo psicosexual, y el rendimiento académico.

TABLA 1. DSM-IV-TR CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Síntomas cardinales	Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar)
Síntomas secundarios requeridos para el diagnóstico	Tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses): <ul style="list-style-type: none"> • Inquietud o impaciencia • Tensión muscular • Fatiga • Pobre concentración • Irritabilidad • Alteraciones en el patrón de sueño
Características asociadas	Depresión, Sobresaltos, síntomas somáticos (sudoración, náuseas, diarrea)
Duración requerida para el diagnóstico	6 meses
Deterioro funcional	Deterioro funcional clínicamente significativo
Restricciones	Los síntomas no pueden ser mejor explicados por un trastorno del Eje I, Abuso de sustancias o condición médica general. Los síntomas no ocurren durante un episodio afectivo o psicótico.

Cuando el trastorno de ansiedad generalizada tiene comorbilidad psiquiátrica con Trastorno depresivo mayor o trastorno de pánico, el riesgo de muerte por suicidio aumenta significativamente en niños y adolescentes. Existe comorbilidad significativa entre el trastorno de ansiedad generalizada y trastornos somáticos, como el asma, el Síndrome de colon irritable y la

fibromialgia. El TAG es más común en los adolescentes, sin embargo, los niños y los ancianos también pueden presentar este trastorno.

El diagnóstico del Trastorno de ansiedad generalizada es eminentemente clínico. Los síntomas más frecuentes que se presentan entre los niños y adolescentes se caracterizan por excesiva preocupación antes de que ocurran las cosas, exagerada preocupación por los amigos, el colegio o las actividades, pensamientos y miedos constantes acerca de su seguridad y la de su padres, rechazo a ir a la escuela, dolores de cabeza, de estómago u otras molestias físicas frecuentes, tensión o dolores musculares, alteraciones del sueño, preocupación excesiva acerca de dormir fuera de su casa, aprehensión frente a la posibilidad de separarse de miembros de su familia, fatiga, falta de concentración, mayor facilidad para sobresaltarse, irritabilidad e incapacidad de relajarse.

Generalmente, los niños y adolescentes con trastorno de ansiedad generalizada también experimentan síntomas físicos que generan incomodidad como taquicardia, falta de respiración, aumento de la sudoración, una sensación de nudo en la garganta o la incapacidad para tragar, necesidad frecuente de orinar, boca seca, náuseas, diarrea, frío y / o las manos sudorosas, dolor de cabeza, el cuello o espalda. Una sensación de tensión nerviosa es a menudo acompañada de una sensación de agitación, temblores, contracciones o dolores en el cuerpo. A menudo, especialmente los niños no son diagnosticados o reciben un tratamiento incorrecto y pueden sufrir innecesariamente, pruebas médicas invasivas y peligrosas y un tratamiento con medicamentos inadecuados para la supuesta presencia de enfermedades físicas y, en consecuencia, un aumento en la intensidad de la experiencia del miedo y preocupación por su estado de salud.

Fobia social

El trastorno de ansiedad social o fobia social es un temor intenso de llegar a sentirse humillado en situaciones sociales, especialmente de actuar de tal modo que se coloque uno en una situación vergonzosa frente a las demás personas. Frecuentemente tiene un componente de heredabilidad y puede tener comorbilidad psiquiátrica con depresión y/o abusos de sustancias,

especialmente alcohol. La fobia social frecuentemente comienza alrededor del inicio de la adolescencia o aún antes.

El trastorno de ansiedad social está caracterizado por componentes fisiológicos (por ejemplo, sudoración, rubor), cognitivos y componentes de percepción (por ejemplo, la creencia de que uno puede ser juzgado negativamente o en busca de signos de desaprobación), y componentes de comportamiento (por ejemplo, evitar una situación). A diferencia de otras formas de ansiedad social, puede ser muy difícil superar el trastorno de ansiedad social, sin necesitar del apoyo de profesionales en salud mental o grupos de apoyo.

En esencia el trastorno de ansiedad social o fobia social presenta como característica relevante la presencia de una expectativa irracional o irrazonable a la evaluación negativa de los demás. Los síntomas de la fobia social en general incluyen:

- **Temor:** intensos sentimientos psicológicos de terror, miedo o pánico, antes y durante la situación temida.
- **Auto-Juicio:** Hiperalertamiento de sensaciones físicas y las acciones durante el evento; después del evento se presentan pensamientos de incomodidad o vergüenza.
- **Síntomas de pánico:** Los síntomas físicos que pueden reflejar un ataque de pánico, tales como sudoración, malestar gastrointestinal, y palpitaciones. El rubor intenso es también muy común.

TABLA 2: DSM-IV-TR CRITERIOS DIAGNÓSTICOS FOBIA SOCIAL

Síntomas cardinales	Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás.
Síntomas secundarios	La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. En los niños la ansiedad puede manifestarse: Lloriqueo, berrinches, inhibición, retraimiento.
Características asociadas	Evitación, la anticipación ansiosa, o malestar excesivo o irracional
Duración requerida para el diagnóstico	En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
Deterioro funcional	Deterioro funcional clínicamente significativo
Restricciones	Los síntomas no pueden ser mejor explicados por un trastorno del Eje I, Abuso de sustancias o condición médica general. Los síntomas no ocurren durante un episodio afectivo o psicótico.

Trastorno de pánico

Los ataques de de pánico o crisis de angustia son períodos de intenso miedo o malestar que tienen un inicio brusco, alcanzan un pico de intensidad en 10 minutos y se presentan acompañados por síntomas somáticos o cognitivos entre los que se encuentran taquicardia, diaforesis, mareo, náuseas o sentimiento de muerte inminente, etcétera. La experiencia es tan desagradable que el menor que lo experimenta vive con el miedo de que pueda sufrir otro ataque. Los niños y adolescentes con el trastorno suelen hacer cualquier cosa para evitar situaciones que puedan generar otra crisis o ataque. En ocasiones cursa con fobia escolar y ansiedad de separación.

Trastorno de ansiedad fóbica

El trastorno de ansiedad fóbica aparece en el CIE-10 como un diagnóstico específico de la infancia. Los síntomas se caracterizan por miedo persistente

o recurrente, evolutivamente en una fase apropiada, pero en un grado infrecuente y asociado a compromiso funcional significativo que debe estar presente más de cuatro semanas. No obstante algunos temores tienen una marcada especificidad para la fase evolutiva en que se encuentra el menor, se pueden presentar temores o miedos en otras fases del desarrollo. Es normal en niños que éstos presenten temores relacionados con el sueño y el ir a dormir. Los niños pueden manifestar negativa de ir solos a su habitación o permanecer en cama.

Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)

Se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones, excesivas e irracionales, que provocan un malestar significativo, representan una pérdida de tiempo (toman más de una hora por día) e interfieren significativamente con la rutina diaria del menor, sus relaciones académicas o su vida social y familiar. En la evaluación de niños y adolescentes con TOC se requiere una investigación exhaustiva sobre los síntomas obsesivos-compulsivos actuales y pasados, así como su comorbilidad e historia familiar. Los niños y adolescentes que lo presentan, requieren que las cosas estén dispuestas o realizadas de una manera particular para aliviar la ansiedad. Las obsesiones más comunes están relacionadas con temas de contaminación y las conductas compulsivas relacionadas con el lavado de manos. También pueden presentarse obsesiones sobre la muerte, obsesiones sexuales, la necesidad de simetría y el orden, las obsesiones sobre el daño a uno mismo, entre otras. Estos pensamientos excesivos dan lugar a conductas compulsivas de lavado, repetir, revisar, tocar, contar, arreglar, acaparar, etc.

Trastorno por estrés postraumático

Los niños y adolescentes con este trastorno re experimentan el acontecimiento una y otra vez en forma de recuerdos, imágenes, pensamientos o percepciones. Como resultado, pueden intentar evitar todo lo que se encuentra asociado con el trauma. Tienen la sensación que el acontecimiento traumático está ocurriendo (por ejemplo, sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y flashbacks) También presentan síntomas persistentes de aumento del estado de alerta

caracterizados por dificultad para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultad para concentrarse y respuestas exageradas de sobresalto.

ENFOQUE DIAGNOSTICO

Los trastornos de ansiedad suelen presentarse en la consulta del médico general, médico familiar y el médico pediatra en forma de quejas somáticas de índole neurológico, cardiovascular o gastrointestinal. Antes de llegar al Médico Psiquiatra Infantojuvenil han pasado por las manos de varios especialistas y han sido sometidos a un sinnúmero de exámenes invasivos y no invasivos, por lo que se hace indispensable identificar y sospechar la presencia de estos trastornos en la infancia y la adolescencia. Esto puede ayudar a evitar remisiones y valoraciones innecesarias que terminan siendo costosas y generalmente terminan exacerbando el trastorno de ansiedad y haciendo más difícil el posterior manejo.

La tarea diagnóstica comienza desde la adecuada realización de una historia clínica que permita que el ejercicio clínico no se convierta en una difícil tarea ya que los niños suelen experimentar solamente el componente físico de la ansiedad. De hecho, los niños raramente expresan su malestar como ansiedad directamente. Entre más pequeño es el menor, más limitada es su capacidad para representar sus cogniciones y expresarlas verbalmente.

El diagnóstico de los trastornos de ansiedad es clínico, se han desarrollado instrumentos de medida en forma de escalas y entrevistas diagnósticas, que apoyan al clínico para evaluar el impacto de los síntomas, valorar pronóstico y respuesta al tratamiento instaurado. Las escalas autoaplicadas y entrevistas no diferencian entre los diversos trastornos de ansiedad y entre síntomas de ansiedad y depresión. El SCARED (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders), diseñado por el Dr. Boris Birmaher, Psiquiatra Infantil colombiano radicado en Pittsburgh, es de los más ampliamente utilizados. Este cuestionario mide cinco factores: somático / pánico, ansiedad generalizada, ansiedad por separación, fobia social, y fobia al colegio.

Uno de los problemas más importantes con el que nos enfrentamos al hacer la evaluación diagnóstica es el de la comorbilidad. La tasa de comorbilidad

en los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes es alta. Ésta es mayor especialmente en el caso de los niños con Trastorno de ansiedad generalizada, quienes pueden presentar algún otro trastorno de ansiedad simultáneamente hasta en un 90% de los casos. Los trastornos de ansiedad pueden ser secundarios a una variedad de síndromes médicos o psiquiátricos. Por tal razón, no solamente establecer la comorbilidad sino también el hacer un adecuado diagnóstico diferencial también se convierte en piedra angular del abordaje inicial. Una variedad de síntomas de ansiedad como pánico, obsesiones, preocupación, etc., pueden estar presentes en una variedad de trastornos psiquiátricos que incluyen trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos, trastornos somatomorfos, trastornos de personalidad y trastornos cognitivos. La ansiedad también puede ser parte de la abstinencia o la intoxicación por drogas. También existen medicamentos que pueden generar o exacerbar la ansiedad tales como los simpaticomiméticos, los broncodilatadores, corticoesteroides, antivirales, analgésicos que contienen cafeína, entre otros. (Ver cuadro 3-diagnóstico diferencial)

En cuanto a el apoyo diagnóstico, para la gran mayoría de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes, no se requiere de la toma de paraclínicos, salvo en aquellos que tienen un componente de angustia (síntomas físicos), lo cual obliga al clínico encargado a descartar comorbilidad médica. Entre los paraclínicos más comúnmente solicitados están el cuadro hemático, pruebas de función tiroidea, electrocardiograma, electroencefalograma y en casos de sospecha de intoxicación o abusos de sustancias el parcial de orina y pruebas toxicológicas.

Finalmente, hay que tener en cuenta que los síntomas de los trastornos de ansiedad son muy similares entre sí, lo que obliga al clínico a hacer un seguimiento y evaluación exhaustiva que permita un diagnóstico certero que va a permitir un adecuado tratamiento y manejo.

TABLA 3: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

ENFERMEDADES MEDICAS	MEDICAMENTOS	ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS
Cardiovasculares (prolapso de válvula mitral)	Bloqueadores de los canales de calcio	Déficit de atención e hiperactividad
Feocromocitoma	Broncodilatadores	Trastornos del estado de animo
Hipertiroidismo	Simpaticomiméticos	Tricotilomanía
Asma	Corticoesteroides	Abuso-Maltrato infantil
Epilepsia	Xantinas (Cafeína y teofilina)	Trastornos somatomorfos
Enfermedad de Cushing	Alcohol	Trastornos del vinculo
Enfermedad de Wilson	Anfetaminas	Trastorno oposicional desafiante
Hipoglicemia		Trastornos de conducta alimentaria
Vértigo		Trastornos disociativos
Corea de Huntington		Gilles de la Tourette
Menopausia		Demencia
Tumor de SNC		

TRATAMIENTO

Los trastornos de ansiedad siempre tienen implicaciones sobre el desempeño funcional con importantes repercusiones en el desarrollo, si no se trata adecuadamente puede generar el riesgo de trastornos psiquiátricos como Trastorno depresivo mayor y Trastornos de ansiedad en la vida adulta, también como el riesgo de suicidalidad y de hospitalizaciones psiquiátricas. En los últimos años se han realizado grandes progresos en la investigación y desarrollo en psicofarmacología pediátrica.

Los enfoques de tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes generalmente requieren de manejo psicoterapéutico y farmacológico. Sin embargo, la terapia cognitiva conductual (TCC) ha demostrado ser superior en ensayos controlados con placebo en el trastorno de ansiedad generalizada. Otras terapias, como la terapia de relajación, psicoterapia de apoyo, o la terapia de atención, han sido utilizadas, cuando la TCC no es apropiada. La TCC incluye generalmente técnicas como la recompensa, la resolución de problemas y puede ser tan eficaz como los medicamentos, especialmente para los niños con ansiedad generalizada leve. La combinación de la TCC con medicamentos es extremadamente útil en casos resistentes.

Indicaciones para hospitalización:

1. Deterioro y compromiso funcional severo (no puede satisfacer sus propias necesidades diarias)
2. Riesgo suicida o homicida
3. Déficit habilidades sociales

La inteligencia emocional es un factor protector para la conducta suicida, por lo tanto, debe ser evaluada como parte de la decisión cuando se requiere una hospitalización.

En general, los ISRS (Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) son los más implementados en el manejo de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. En el manejo del Trastorno obsesivo compulsivo están aprobados la sertralina (6 años en adelante), fluoxetina (7 años en adelante) y la fluvoxamina (8 años en adelante). Los ISRS han reemplazado a los tricíclicos como primera elección en trastornos como el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social y el trastorno de ansiedad por

separación. Cuando el paciente no tolera los ISRS se puede implementar clorimipramina, el cual es el único tricíclico aprobado por la FDA para el uso en esta población. Por sus propiedades anticolinérgicas y antihistamínicas genera aumento de peso y eventos cardiovasculares lo cual no favorece adherencia al tratamiento.

El primer estudio realizado hace más de 10 años con ISRS, fue el RUPP (Research Units for Pediatric Psychopharmacology), patrocinado por el Instituto de Salud Mental, el cual demostró una buena evidencia que respalda el uso de estos medicamentos en los trastornos de ansiedad. En el 2003, un estudio realizado por Birmaher muestra también respuesta a partir de la novena semana y que la presencia de historia familiar de ansiedad tiende a predecir una pobre respuesta al tratamiento.

Los ISRS han demostrado eficacia y seguridad en el manejo de los trastornos de ansiedad a corto plazo. En los últimos 5 años, su uso en el manejo de los Trastornos del estado de ánimo, fue ampliamente debatido por el riesgo de suicidio en adolescentes y la imposición de un black-box por parte de la FDA que obliga a tener un control específico durante las primeras dos semanas por el aumento de la actividad motora. Los hallazgos no se han extrapolado al manejo de los trastornos de ansiedad pero dejan abierta la polémica sobre su uso en población menor que tengan comorbilidad psiquiátrica con depresión.

La utilización de los ISRS en el largo plazo es controvertida por el riesgo de viraje. Se plantean manejos no mayores a tres meses y posterior apoyo con manejo psicoterapéutico. En los pacientes que hayan alcanzado una reducción de los síntomas se sugiere tratamientos prolongados evaluando efectos secundarios. El estudio de Pine (2002) habla de la importancia de volver a utilizarlos en casos de recaída y reactivación sintomática.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada

- Los psicofármacos pueden ser extremadamente útiles para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada cuando son parte

de un programa de tratamiento multidisciplinario, que generalmente incluye la psicoterapia.

- La elección de la medicación depende sustancialmente del perfil de efectos secundarios. En general, es útil evitar medicamentos que tienen un potencial adictivo importante y pueden causar tolerancia, porque el tratamiento farmacológico es necesario por un tiempo prolongado.
- Se debe tener precaución y formular el menor número de pastillas para prevenir la sobredosis.
- El paciente debe ser estrechamente vigilado, especialmente con el inicio del tratamiento, para prevenir o detectar la aparición de nuevas tendencias suicidas o ideación homicida o un plan de comportamiento autodestructivo, especialmente cuando se formulan antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la MAO y antihipertensivos debido a su mayor letalidad.
- Todos los medicamentos utilizados en el TAG no se consideran recomendados para uso en el embarazo debido al riesgo de teratogenicidad (hipertensión pulmonar, defectos de nacimiento) o síndromes de abstinencia neonatal en el tercer trimestre.
- Entre los efectos adversos de algunos de los antidepresivos se incluyen el síndrome serotoninérgico y el síndrome neuroléptico maligno.
- El síndrome serotoninérgico es una enfermedad potencialmente mortal causada por la reacción excesiva de serotonina causando fiebre, rigidez muscular, náuseas, confusión y alucinaciones. Muchos medicamentos pueden causar el síndrome serotoninérgico como los ISRS (Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), IRSN (Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y adrenalina), antidepresivos tricíclicos, agonistas 5-HT (sumatriptán, zolmitriptán), St. John's Wort (hierba de San Juan), el ginkgo biloba, y los antidepresivos tricíclicos o heterocíclicos. Es muy importante preguntar al paciente los medicamentos que ha implementado para el control de la sintomatología ansiosa, ya que muchos pacientes acuden a terapias alternativas donde se formulan

tratamientos homeopáticos que tienen mecanismos de acción similares a los antidepresivos más utilizados en este trastorno, lo cual genera mayor riesgo de efectos adversos.

- El síndrome neuroléptico maligno (SNM) puede ser idiopático, genético o inducido por las interacciones medicamentosas, consiste en una reacción muscular anormal potencialmente mortal, caracterizada por fiebre, rigidez muscular, confusión, alucinaciones y aumento de CPK, que puede progresar a coma y muerte. Algunos medicamentos están asociados con un mayor riesgo de SNM, especialmente los IMAO o antidepresivos, antipsicóticos, litio, tramadol, morfina, meperidina, o anticolinérgicos.
- La tendencia en el uso farmacológico es la monoterapia. No combine varios antidepresivos, especialmente debido al riesgo de Síndrome serotoninérgico
- Algunos agentes antihipertensivos están actualmente en uso para el trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes. La hipertensión de rebote o un accidente cerebrovascular son uno de los riesgos que pueden presentarse cuando este medicamento se interrumpe repentinamente, por lo tanto, este medicamento debe disminuirse gradualmente antes de retirarlo. No aprobado para uso en niños. Debido al riesgo de hipotensión, coma o la muerte, no se debe dar con otros medicamentos que disminuyan la presión arterial.
- La Clonidina es un bloqueador alfa, que también se ha usado como medicamento de segunda línea (no aprobados por la FDA) para el TDAH, trastorno explosivo intermitente y trastorno del espectro autista. La clonidina no es aprobado por la FDA para su uso en niños.
- Los preparados de plantas que se utilizan para el tratamiento de la ansiedad generalizada, como la valeriana y la pasiflora, no tienen una eficacia demostrada en estudios controlados.

La primera línea de tratamiento para el TAG incluye los ISRS como la sertralina, paroxetina, fluoxetina, escitalopram y los ISRN como la venlafaxina. Algunos médicos psiquiatras prefieren no implementar benzodiacepinas en particular por la naturaleza crónica del trastorno, la

posibilidad de dependencia, abuso y abstinencia que pueden presentarse cuando se implementan este tipo de psicofármacos. La remisión de todos los síntomas en pacientes que están tomando un ISRS o un ISRN puede ser más lenta en el comienzo que en el manejo de la depresión y puede demorarse por 6 meses o más.

TABLA 4: FARMACOTERAPIAS APROBADAS POR LA FDA EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

Clase	Medicamento	Rango dosis diaria	Indicaciones psiquiátricas
ISRS	Paroxetina	10-50 mg	TAG, TDM, TP, TAS, TOC, TEPT
	Fluoxetina	10-80 mg	TAG, TDM, TP, TAS, TOC, TEPT
ISRN	Escitalopram	10-20 mg	TAG, TDM
	Venlafaxina XR	37.5-225 mg	TAG, TDM, TAS, TP

TA =trastornos de ansiedad; TDM = trastorno depresivo mayor; TOC = trastorno obsesivo compulsivo; TP = trastorno de pánico; TEPT = trastorno de estrés postraumático; TAS = Trastorno de ansiedad social; ISRS = Inhibidor selectivo de la serotonina; ISRN = Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y noradrenalina; C-P= tratamiento corto plazo; TAG=Trastorno de ansiedad generalizada

Fobia social

Las opciones de tratamiento para este trastorno de ansiedad son similares a las del trastorno de pánico con algunas diferencias. Los ISRS (Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina) y los ISRN (Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina y noradrenalina) son la primera línea de tratamiento, pero la utilidad de la monoterapia con benzodiacepinas no es ampliamente aceptada como sucede en el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico. No existe evidencia clínica para la utilización de

antidepresivos triciclicos y de antidepresivos con acciones sedantes con la mirtazapina y el trazodone.

Mutismo selectivo

La revisión realizada por Reinblatt y Riddle en *Psychopharmacology* (2007), plantea la conveniencia de la utilización de ISRS especialmente fluoxetina, pero se privilegia más el uso de psicoterapia.

Trastorno de pánico

La escasez de ensayos clínicos esta probablemente relacionada con la baja prevalencia. Los estudios disponibles plantean los ISRS como primera línea titulando lentamente y con bajas dosis de inicio.

Trastorno por estrés postraumático

A pesar de la alta prevalencia hay pocos estudios que demuestren que apoyen la implementación de psicofármacos en esta entidad en niños y adolescentes. Los ISRS son la primera línea de tratamiento. Hay estudios clínicos con manejo con clonidina para disminución de la activación (arousal) con resultados contradictorios. El Propanolol es un betabloqueador que puede ser muy útil en la prevención del trastorno de estrés postraumático, pero no debe utilizarse en pacientes con asma o con hipersensibilidad documentados.

RESUMEN

Los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes son altamente prevalentes causando un significativo compromiso en su desempeño funcional. Muchos pacientes con trastornos de ansiedad experimentan síntomas físicos relacionados con la ansiedad y, posteriormente, consultan a médicos en el primer nivel de salud pensando en una patología orgánica antes de llegar a un profesional en salud mental. De la misma forma, muchos de estos pacientes no son diagnosticados adecuadamente y solamente una minoría recibe adecuado tratamiento. Los niños y adolescentes ansiosos casi siempre siguen un curso crónico de la enfermedad con elevado riesgo para trastornos del estado de ánimo, suicidio

y abuso de sustancias. El tratamiento farmacológico no ha sido adecuadamente investigado en esta población. No existen consensos claros acerca del manejo y los hallazgos encontrados en adultos no son extrapolables a la población pediátrica. Los ensayos clínicos realizados sugieren eficacia de los ISRS (Inhibidores de la recaptación de serotonina), resultados no favorables para las benzodiazepinas y la imipramina. Los estudios han demostrado eficacia a corto plazo para el trastorno de ansiedad generalizada, fobia social y el trastorno de ansiedad de separación. La gran mayoría de ensayos clínicos muestran eficacia de los ISRS en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. No existe consenso sobre las directrices del tratamiento a largo plazo con ISRS en los trastornos de ansiedad. La psicoterapia cognitivo comportamental ha demostrado eficacia en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Se requieren de esfuerzos hacia futuro destinados a buscar instrumentos que permitan detectar precozmente población en riesgo y planes de manejo y tratamiento complementarios a los actualmente existentes.

BIBLIOGRAFIA

1. AACAP. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2007; 46:2, a: 269, b: Tabla I.: 278, c: Recommendation 9: 278.
2. Bittner, A; Egger H. Erkanli, A; Costello J.; Foley D.; and Angold a what do childhood anxiety disorders predict? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007; 48:12, 1174–1183.
3. Chamorro R. Epigenética de los Trastornos de ansiedad. www.gemtap.com.ar/. 2008.
4. Costello EJ, Egger HL, Angold A, Developmental epidemiology of anxiety disorders. In: *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents*, Ollendick TH, March JS, Eds. New York: Oxford University Press, 2004: 61–91.

5. Creswell C, Cartwright-Hatton S: Family treatment of child anxiety: outcomes, limitations and future Directions. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2007; 10: 232-52.
6. De Bellis MD, Casey BJ, Dahl RE, Birmaher B, Williamson DE, Thomas KM, et als : A pilot study of amygdale volumes in pediatric generalized anxiety disorder. *Biol Psychiatry* 2000; 48:51-57.
7. Freeman JB, García AM, Leonard HL: Anxiety disorders. En: *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* (3rd Ed.) Lewis M (Ed.), Williams & Wilkins, 2002.
8. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry* 2001; 49:1023-39.
9. Hirshfeld-Becker DR, Biederman J, Rationale and principles for early interventions with young children at risk for anxiety disorders. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2002; 5:161-17.
10. Kallen VL, Tulen JH, Utens EM, Treffers PD, De Jong FH, Ferdinand RF: Association between HPA axis functioning and level of anxiety in children and adolescents with an anxiety disorders. *Depress Anxiety* 2008; 25: 131-41.
11. Kagan J, Snidman N, Early childhood predictors of adult anxiety disorders. *Biol Psychiatry* 1999; 46:1536-1541.
12. Koda et al: Neurobiology of Early Onset Anxiety Disorders, en el libro *Pediatric Psychopharmacology* editado por Martin A, Scahill L, Charney D y Leckman. Oxford University Press 2003;
13. Lemche E, Giampietro VP, Surguladze SA, et al: Human attachment security is mediated by the amygdale: Evidence from combined fMRI and psychophysiological measures. *Human Brain Mapp* 2005; 27: 623-35.
14. Manassis K, Childhood anxiety disorders: lessons from the literature. *Can J Psychiatry* 2000; 45:724-730.
15. Muris P, Meesters C, Merckelbach H, Sermon A, Zwakhalen S, Worry in normal children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1998; 37:703-710.

16. Pauls D. The genetics of obsessive compulsive disorder: A review of the evidence. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics* 2008; (148C) 2: 133 – 139.
17. Saus E, Brunet A, Armengol L, Alonso P, Crespo JM, et al. Comprehensive copy number variant (CNV) analysis of neuronal pathways genes in psychiatric disorders identifies rare variants within patients. *J Psychiatr Res.* 2010 Apr 14.
18. Silverman WK, Ollendick TH, Evidence-based assessment of anxiety and its disorders in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2005; 34:380-411.
19. Weems C, Costa N., Developmental Differences in the Expression of Childhood Anxiety Symptoms and Fears. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2005; 44 (7): 656-663.
20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR).* IV. 2000
21. Reinblatt, Shauna P., Riddle, Mark A. The pharmacological management of childhood anxiety disorders: a review. *Psychopharmacology* (2007) 191:67–86
22. Purper-Ouakil, D. Usage des psychotropes chez l'enfant. *Archives de pédiatrie* 15 (2008) 1834–1836
23. Birmaher B, Axelson DA, Monk K, et al. Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry.* 2003; 42:415–23.
24. Pine, Daniel S. Treating Children and Adolescents with Selective Serotonin Reuptake Inhibitors: How Long Is Appropriate? *Journal of child and adolescent psychopharmacology.* Volume 12, Number 3, 2002
25. Hammerness, Paul G., Vivas, FE´ M., Geller, Daniel A. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in pediatric psychopharmacology: A review of the evidence. *J Pediatric* 2006; 148:158-65.
26. American College of Neuropsychopharmacology. Executive summary: preliminary report of the task force on SSRIs and suicidal

behavior in youth. Nashville, TN: American College of Neuropsychopharmacology; 2004.

27. The Research Unit on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Disorders Study Group. Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *N Engl J Med* 2001; 344:1279-85.
28. Baldessarini RJ, Faedda GL, Hennen J. Risk of mania with antidepressants. *Arch Pediatric Adolescent Med* 2005; 159:298-9.
29. Stein DJ, Ipser JC, Balkom AJ. Pharmacotherapy for social phobia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004 Oct 18 ;(4):CD001206.
30. Stein DJ, Ipser JC, Seedat S. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jan 25 ;(1):CD002795.
31. Ipser JC, Stein DJ, Hawkrigde S, Hoppe L. Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jul 8 ;(3):CD005170.
32. Cheung A, Mayes T et als. Anxiety as a predictor of treatment outcome in children and adolescents with depression. *J Child Adolescent Psychopharmacology*. 2010 Jun; 20(3):211-6.
33. March JS, Silva S et als. The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): long-term effectiveness and safety outcomes. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Oct; 64(10):1132-43.
34. Monga S, Birmaher B, Chiappetta L, Brent D, Kaufman J, Bridge J, Cully M. Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED): convergent and divergent validity. *Depress Anxiety*. 2000; 12(2):85-91.
35. Birmaher B, Khetarpal S, Brent D, Cully M, Balach L, Kaufman J, Neer SM. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*. 1997 Apr; 36(4):545-53.
36. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatry Clin North Am*. 2009 Sep; 32(3):483-524.

37. Bittner A, Egger HL, Erkanli A, Jane Costello E, Foley DL, Angold A. What do childhood anxiety disorders predict? *J Child Psychol Psychiatry*. 2007 Dec; 48(12):1174-83.
38. Sakolsky D, Birmaher B. Pediatric anxiety disorders: management in primary care. *Curr Opin Pediatric*. 2008 Oct; 20(5):538-43.
39. Cheung AH, Emslie GJ, Mayes TL. The use of antidepressants to treat depression in children and adolescents. *CMAJ*. Jan 17 2006;174(2):193-200.

CAPÍTULO 12

**ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS PSICÓTICOS EN LA
ADOLESCENCIA**

LOS PRÓDROMOS DE LA ESQUIZOFRENIA

DR. JOSÉ LUIS PEDREIRA MASSA

DR. GUILLERMO LAHERA FORTEZA

INTRODUCCIÓN

En medicina clínica, se utiliza el término *pródromos* para referirse a los signos y síntomas precoces, que sobresalen del estado habitual del paciente, y que preceden a la instauración aguda y completa de las manifestaciones características de la enfermedad. En el caso de la esquizofrenia, ya autores clásicos describieron la presencia, durante los meses o años previos a la enfermedad, de quejas subjetivas más o menos sutiles, cambios en el comportamiento, déficits y otros síntomas inespecíficos, que constituyen la antesala del primer *brote* psicótico. En palabras de Clerambault, “podemos decir que llegado el momento en el que el delirio aparece, la psicosis es ya antigua”ⁱ.

Esta etapa prodrómica, que puede prolongarse extensamente en el tiempo, resulta difícilmente aprehensible, por su inespecificidad y sutileza y, por ello, ha recibido distintas definiciones: “un grupo heterogéneo de conductas asociadas cronológicamente al inicio de la psicosis”ⁱⁱ, “el intervalo entre la aparición de conductas inusuales y la de síntomas psicóticos”ⁱⁱⁱ o “el periodo de alteraciones prepsicóticas que representan una desviación de la experiencia y conducta previa”^{iv}.

En sus descripciones clínicas, los pródromos aparecen como un grupo heterogéneo de signos y síntomas, que aparecen de forma gradual en el tiempo y que incluyen cambios en la conducta externa, pero originariamente en la experiencia interna y el pensamiento del sujeto, destacando la dificultad que tiene el paciente adolescente para percibir, interpretar y expresar estos cambios prepsicóticos, incluso cuando los recuerda retrospectivamente al cabo de los años. Estos cambios son experimentados por la mayoría de pacientes, e incluyen: disminución de la atención y la concentración, falta de motivación, humor depresivo, trastornos del sueño,

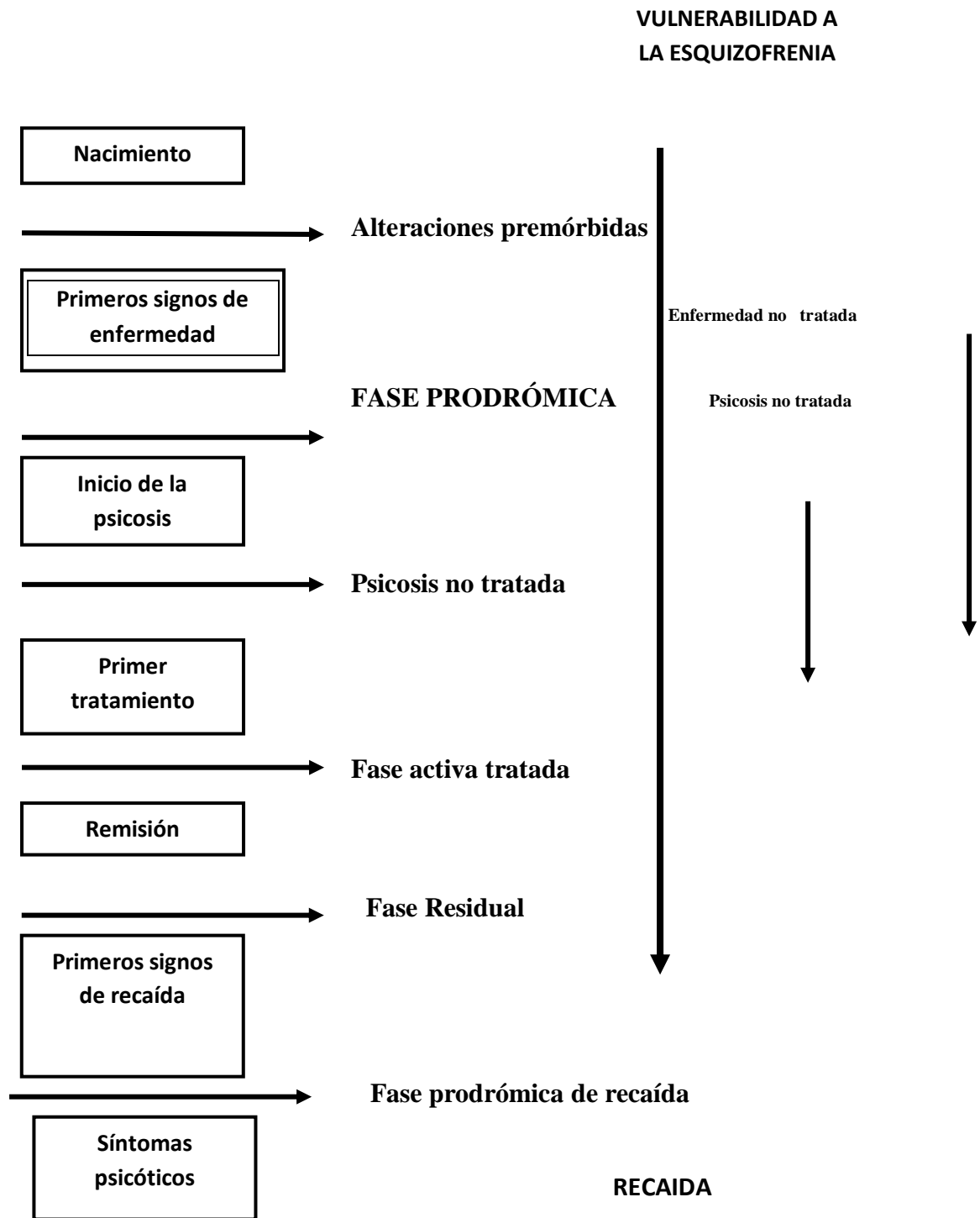
ansiedad, aislamiento social, suspicacia, deterioro del funcionamiento e irritabilidad^v.

Estos signos precoces de la enfermedad hay que enmarcarlos en el esquema general de la historia natural de la esquizofrenia, conceptualizada como un trastorno del neurodesarrollo en el que una indiscutible carga genética interacciona con factores ambientales físicos, probablemente en etapas muy precoces (pre y perinatales), y finalmente se expresa coincidiendo con un factor precipitante. Se diferencian, pues, tres grandes fases:

- **Alteraciones premórbidas**, producto de déficits neurointegrativos y del desarrollo. Incluyen anomalías físicas menores (como por ejemplo, patrones anormales de preferencia manual, anomalías en el seguimiento ocular, desarrollo psicomotor anómalo), alteraciones neuroanatómicas (dilatación ventricular, asimetría hemisférica cerebral...), retraso en el desarrollo infantil (psicomotor, del lenguaje...), déficit neurocognitivo precoz (menor atención, memoria y coeficiente intelectual) y problemas de conducta y de integración social^{vi}.
- **Fase prodrómica**, a cuyo estudio dedicamos este capítulo.
- **Psicosis activa**, incluyendo la presentación franca de la esquizofrenia, con su cortejo de síntomas positivos y negativos y su deterioro cognitivo y psicosocial.

En el **GRÁFICO 1**, visualizamos la secuencia psicopatológica que desde la normalidad nos lleva a la psicosis. Partiendo del periodo de normalidad, en el que se dan ya componentes premórbidos, sigue la fase prodrómica y termina la experiencia psicótica completa. En cada uno de estos cortes o filtros, localizamos distintos periodos: DUP, duración de la “psicosis sin tratar” (Duration of Untreated Psychosis) y DUI, duración de la “enfermedad sin tratar” (Duration of Untreated Illness)^{vii}.

GRÁFICO 1: FASES Y DEFINICIONES DEL CURSO TEMPRANO DE LA ESQUIZOFRENIA (modificado de McGlashan y Johannessen^{viii}):



El estudio de la presentación clínica de la fase prodrómica de la esquizofrenia entraña diversos *problemas metodológicos*, que pasamos a enumerar:

1. **Exactitud y fiabilidad:** la reconstrucción retrospectiva de estos pródromos por parte de pacientes esquizofrénicos se ha realizado desde el conocimiento mismo de la enfermedad (Kraepelin^{ix}, Bleuler^x, Conrad^{xi}...). La recolección de información sobre esta fase entraña, sin embargo, varios problemas de exactitud: los pacientes tienden a recordar los hechos de forma selectiva e introducen una serie de sesgos para encajar el relato de los hechos en su esquema cognitivo personal sobre sí mismos y los demás, siendo esto más llamativo cuanto más tiempo transcurra entre los cambios de conducta observados y su descripción^{xii}. Esta inexactitud también afecta al relato de los familiares, que muestran sesgos de auto-justificación, una tendencia a la atribución del inicio de los síntomas a eventos externos y otras correlaciones ilusorias, aunque las fuentes externas y los datos más objetivos no las corroboren. Especialmente en aquellos afectos de sentimientos de culpa por no haber detectado estos cambios precozmente, y haber actuado en consonancia, aparece una tendencia a minimizar la sintomatología⁴, añadiéndose a esto el solapamiento clínico entre estas manifestaciones clínicas precoces de la psicosis y otras patologías del adolescente, ciertamente similares.

Otros métodos de investigación consisten en entrevistas con los propios pacientes en estas fases iniciales de la psicosis y en seguimiento prospectivo de sujetos de *ultra – riesgo* – con el problema de la frecuente falta de *insight* del paciente y la posible presencia de falsos positivos- o el uso del modelo del *pródromo de recaída* para el estudio del pródromo previo al primer episodio psicótico. Sin embargo, hay factores que diferencian estos dos tipos de pródromos: la percepción de los síntomas incipientes de una recaída puede verse modificada por la medicación, el miedo a la propia recaída y la hospitalización, y el conocimiento previo del paciente y la familia de los síntomas “esperables”⁴.

2. **Delimitación cronológica:** ¿Cuándo comienza esta clínica prodrómica: en la primera experiencia subjetiva de cambio, en la primera alarma del entorno familiar o social, en el primer cambio claramente descrito como

psicótico o en el primer contacto con un profesional sanitario? Atendiendo a los estudios que sitúan el inicio en los primeros cambios experimentados por el paciente, la fase prodrómica de la esquizofrenia dura una media de 2 a 5 años^{xiii,xiv} aunque puede variar desde unos días hasta más de 10 años. Varsamis y Adamson encontraron una tendencia bimodal en la distribución con un pico en torno a 1 año y otro en 4 años y medio^{xv}. En cambio, los pródromos de recaída psicótica son de menor duración, limitándose a unas semanas.

3. **Validez predictiva:** por último, recalcar que el pródromo es, por definición, un concepto *retrospectivo*, dado que se basa en la descripción de los síntomas y signos que precedieron a las manifestaciones características de la enfermedad. McGorry y Singh (1995)^{xvi} han tratado de solventar esta limitación metodológica cambiando la orientación del concepto hacia un síndrome prospectivo de “*estado mental de riesgo*”, definido como riesgo o vulnerabilidad para el desarrollo de psicosis, aunque ésta no sea inevitable. De hecho, la validez predictiva de estos síntomas prodrómicos –esto es, su índice de *conversión a psicosis*- va a ser el caballo de batalla de los investigadores en este campo, puesto que muchos adolescentes con altas puntuaciones en las escalas *no* desarrollan una psicosis posterior. Por lo tanto, o estamos ante un síndrome virtual –que sólo se valida como prodrómico retrospectivamente-, o hacen falta instrumentos de evaluación más específicos, o estos síntomas sólo marcan un riesgo o una probabilidad de padecer psicosis y no una predicción.

Estas dificultades metodológicas nos obligan a ser cautelosos a la hora de analizar los resultados de los estudios, pues la presencia de sesgos groseros es frecuente. Afortunadamente en los últimos años han aparecido nuevas investigaciones con una metodología sistemática, controlada y prospectiva de los pródromos esquizofrénicos, basadas en criterios operativos, destacando los trabajos de McGorry y Yung en Australia, Miller y McGlashan en EE.UU., Klosterkötter y Schultze-Lutter en Alemania, Larsen en Noruega y Addington en Canadá.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

La presentación clínica de los pródromos de esquizofrenia se caracteriza por su variabilidad e inespecificidad. Incluye cinco grandes grupos de síntomas:

1. **Síntomas inespecíficos de tipo neurótico o afectivo** (ansiedad, irritabilidad, depresión, inestabilidad afectiva, sentimientos de culpabilidad, falta de confianza...)
2. **Alteraciones cognitivas:** déficit de atención y concentración, pérdida de capacidad de abstracción, bloqueos de pensamiento, excesiva preocupación, tendencia al ensimismamiento...
3. **Síntomas psicóticos negativos:** apatía, anhedonia, retraimiento social, pobreza del habla, afecto restringido
4. **Síntomas psicóticos positivos atenuados:** ideas de referencia, pensamientos extravagantes o mágicos no consistentes con el contexto cultural, alteraciones perceptivas, ilusiones corporales...
5. **Síntomas psicóticos positivos breves y transitorios:** alucinaciones, delirios o desorganización de pensamiento de duración comprendida entre minutos y 1 semana.

También se han descrito fenómenos obsesivo-compulsivos, alteraciones de la motricidad y síntomas físicos, como pérdida de peso y de apetito, trastornos del sueño y quejas somáticas.

Las clasificaciones internacionales han tratado de acotar unos límites más precisos a esta diversidad de síntomas:

DSM-III	DSM-IV-TR	CIE-10
Aislamiento social Disfunción social/ocupacional Comportamiento peculiar Abandono del autocuidado Aplanamiento afectivo Lenguaje disgregado, vago Creencias inusuales o excéntricas Experiencias perceptivas inusuales	Sólo síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia, abulia...) o 2 ó más síntomas del criterio A, pero atenuados (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o desorganizado, síntomas negativos)	Pérdida de interés por el trabajo y la actividad social Descuido de la apariencia e higiene personales Ansiedad generalizada, depresión y preocupación

Esta variabilidad sintomatológica conduce, fácilmente, a tanteos diagnósticos hasta su consolidación como un claro cuadro psicótico. En las

siguientes viñetas clínicas se describen casos representativos de dos pacientes prodrómicos:

VIÑETA 1: Juan es un chico de 14 años que acude a Salud Mental por **alteraciones de conducta**. Su madre lo describe como “muy revoltoso, rebelde., algo torpe para los deportes...”. Saca malas notas y arremete con frecuencia contra sus compañeros. A nivel descriptivo, cumple criterios de **Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad**. Comienza a recibir metilfenidato, sin obtener respuesta. A los 16 años va mostrándose más **retraído, enfadado**, “como si todos estuvieran en su contra”. Deja el colegio y se niega a salir de su habitación, donde realiza una serie de dibujos amenazantes, con gran carga de **agresividad**. Se niega a acudir a la consulta, alegando que “está deprimido” y refiere a su hermano **ganas de morir**. Su familia se alarma ante una posible **Depresión**. A los 17 años Juan muestra un aspecto **deteriorado, descuidando la higiene, habla poco** y cuando lo hace se para **irritarse** con sus padres. **No tolera la intimidad**, y en ocasiones su discurso se hace **ininteligible**. A los 18 años, su padre le consigue un empleo de mozo de almacén, que Juan acepta a regañadientes. Al mes y medio de empezar **abandona**, metiéndose de nuevo en la habitación. Su lenguaje, poco a poco, se comprende menos, **se ríe de forma inmotivada**, pega y muerde a sus padres y se desnuda en público. Es diagnosticado entonces de **Esquizofrenia Desorganizada**.

VIÑETA 2: Javier es un varón de 16 años diagnosticado de **Trastorno de Personalidad Antisocial**. Ha sido **expulsado** de dos colegios y actualmente vive en un Centro Penitenciario de Menores, tras **agredir** con arma blanca a un vecino. Tiene un historial de **mal comportamiento, explosiones de ira, intolerancia a la frustración y abuso de drogas**. Javier, al preguntarle por la agresión realizada, dice no arrepentirse, porque **“me estaba quitando la vida con la mirada**, o eso me pareció entonces”. Refiere que por la calle, durante periodos de unos minutos, se siente **amenazado**, “como si estuviera en un complot”, aunque luego cree que es mentira o “no del todo real”. Estas sensaciones le producen mucha **ansiedad**, que sólo calma consumiendo **cannabis** en gran cantidad. 10 meses después desarrolla un cuadro severo de ideas delirantes metafísicas y de perjuicio, con “voces en la cabeza” que le insultan y gran agitación. Ingresa en el hospital, con el diagnóstico de **Esquizofrenia Paranoide**

La inespecificidad de los síntomas prodrómicos quedó patente en el estudio de McGorry et al^{xvii} que midió su prevalencia en población normal de adolescentes. Los resultados fueron los siguientes:

- el 51 % presentaba ocasionalmente ideación mágica
- el 45,6 % experiencias perceptivas inusuales
- el 18,4 % aislamiento social
- el 41,1 % deterioro marcado del funcionamiento
- el 21,7 % aplanamiento afectivo

- el 21,7 % lenguaje disgregado o excesivamente elaborado
- el 39,7 % falta de iniciativa
- y el 8,1 % falta de higiene

Acorde con este sombrío panorama, en el que la *validez predictiva* de estos síntomas prodrómicos se presenta muy reducida, el afán principal de los investigadores en el campo ha sido y será en el futuro la búsqueda de los síntomas clave, los síntomas básicos o nucleares, que sí constituyan una predicción certera de la posterior conversión a psicosis, y además nos permitan entender el recorrido del pre-fenómeno (la vulnerabilidad, el daño neuroanatómico estructural, la disfunción...) al fenómeno (la psicosis propiamente dicha). Anticipamos que, no siendo precisamente escasa la literatura en este campo, todavía queda desierto el premio para el ganador. Cameron concede una mayor potencia predictiva a síntomas como la suspicacia, el aturdimiento y la confusión, y las experiencias somáticas extrañas^{xviii}; y Chapman destaca el déficit de atención, particularmente la selectiva, y los errores perceptivos^{xix}. Sin embargo, el análisis estadístico con muestras amplias no permite señalar un solo síntoma como decisivo para la conversión, sino, en todo caso, la agrupación de síntomas en forma de *clusters*.

Tras numerosas entrevistas retrospectivas semiestructuradas con pacientes esquizofrénicos, el grupo de Australia^{xx} concluyó que en la fase prodrómica ya existe un alto nivel de distress y discapacidad, y configuraba tres subgrupos:

1. Sintomatología inespecífica, con ansiedad y depresión, con una reducción en la escala GAF de funcionamiento global de 30, en un familiar de primer grado de un paciente con un trastorno del espectro esquizofrénico.
2. Sintomatología psicótica atenuada, del tipo de los criterios para la personalidad esquizotípica del DSM-IV.
3. Síntomas psicóticos transitorios, de duración inferior a una semana.

Incorporando estos hallazgos, el grupo de Yale^{xxi} diseñó la escala SIPS (Entrevista Estructurada para los Síndromes Prodrómicos) para detectar a los pacientes con riesgo inminente de psicosis (ver más adelante).

El grupo de Bonn^{xxii}, por su parte, organizó la sintomatología prodrómica en cinco grupos:

- alteraciones del pensamiento, lenguaje y motricidad;
- sensaciones corporales extrañas;
- disminución de la tolerancia al estrés;
- alteraciones de las emociones y afectos;
- y alteración de la reactividad emocional y deterioro de la relación social.

El *perfil clínico*⁹ del paciente de riesgo que se extrae de estos estudios es el siguiente: tiene algún riesgo genético conocido o no (por los antecedentes familiares); está en la edad de mayor riesgo de padecer esquizofrenia, es decir, entre los 15 y 25 años; se queja de trastornos del sueño, ánimo disfórico y una menor tolerancia al estrés cotidiano; tiende a aislarse socialmente, pierde amigos y relaciones, se siente desmotivado, con poca energía, sin metas; muestra un humor aplanado, poco espontáneo, mantiene una conversación pobre y monótona y refiere sentirse distanciado de los demás y de la realidad, como si nada le produjera emoción (puede sentir “como si no fuera él mismo”); empieza a tener dificultades para desempeñar funciones sociales, laborales o académicas, a menudo abandona el curso académico o el trabajo, alegando algún motivo intrascendente; progresivamente descuida su higiene y autocuidado, mostrando una apariencia extravagante y descuidada; la familia le ve distraible, como “ocupado en otras cosas”, con poca atención y concentración en el entorno; comienza a desarrollar ideas inusuales en él, extrañas, fantasiosas, con poca base racional, preocupaciones nuevas sobre la religión, la filosofía y temas existenciales; sorprende a sus familiares con comentarios acerca de “los cambios que están ocurriendo” e ideas de referencia; se muestra desconfiado, hostil e hipervigilante, con especial énfasis en las motivaciones e intenciones de los demás; puede desarrollar cambios perceptivos transitorios, como “irritantes ruidos en su cabeza” o cambios en el entorno

visual (como p.e. luces o figuras geométricas); por último, destaca su discurso vago, estereotipado, confuso, tangencial, con énfasis en elementos irrelevantes y escasas asociaciones que cohesionen la idea global. A este punto, como habrá supuesto el lector, la psicosis está a punto de cristalizarse. En cada una de estas dimensiones hay distintos niveles de severidad, y un paciente puede permanecer en el grado leve (p.ej. retraído, distraible, algo disfórico...) durante varios años.

Respecto a la naturaleza y la secuencia de estos síntomas prodrómicos, existen dos escuelas de pensamiento. La primera considera que al inicio aparecen síntomas inespecíficos, del tipo neurótico (ansiedad, depresión, inquietud, aprehensión...), luego surgen fenómenos prepsicóticos o *psicóticos atenuados*, y finalmente la psicosis franca. La segunda escuela considera que inicialmente existen unos cambios específicos en la percepción, atención, habla, motilidad...etc., que producen una reacción de inquietud, ansiedad y angustia secundarias, y que desembocan, al agravarse, en la psicosis. Yung y McGorry sugieren un modelo “híbrido – interactivo”, de manera que ambos síntomas –inespecíficos y específicos- puedan ocurrir primariamente e incluso alternarse^{xxiii}.

FENOMENOLOGÍA

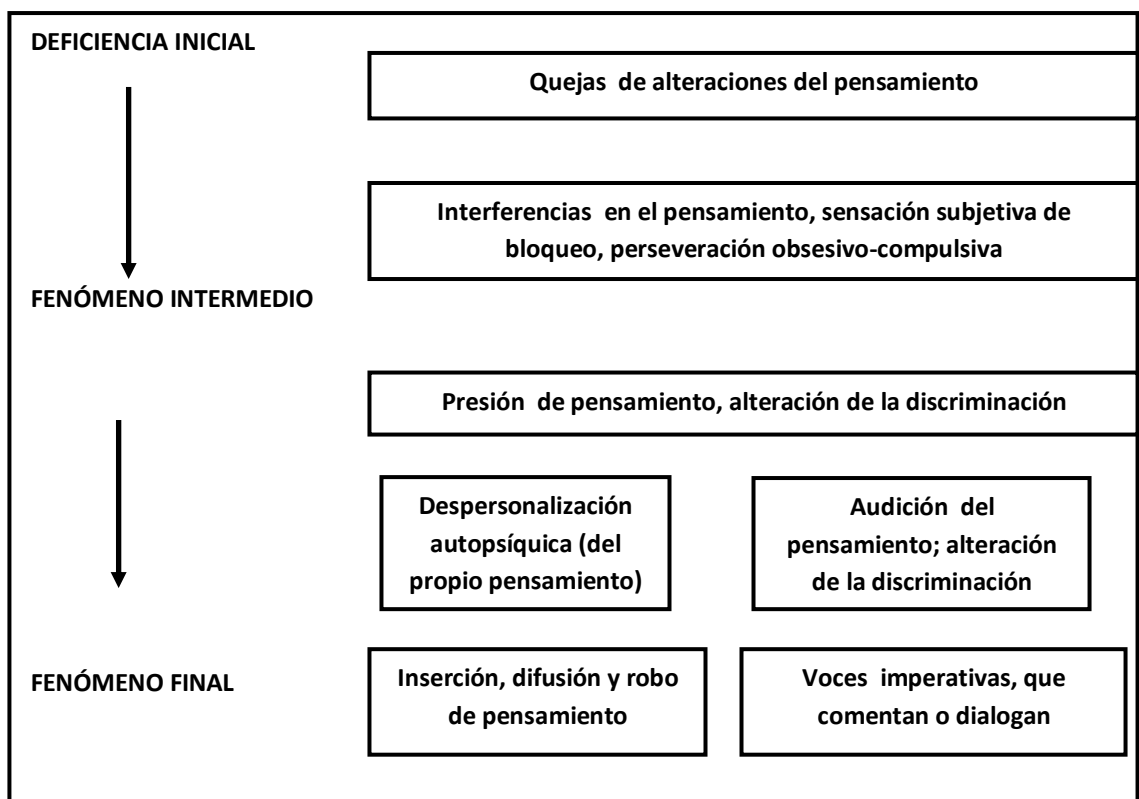
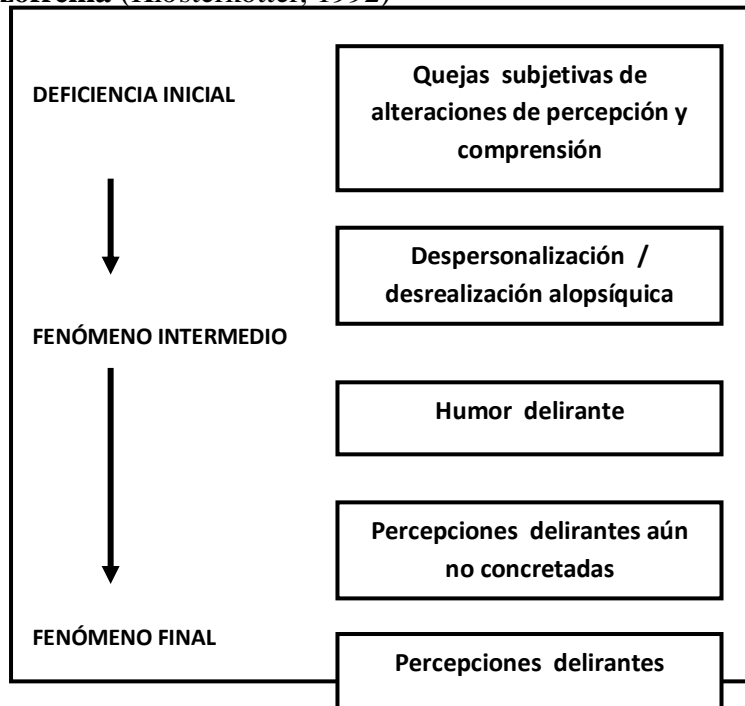
El estudio de la fase prodrómica de la esquizofrenia, sin embargo, no puede concluir en el catálogo descriptivo de síntomas. Es precisa, para avanzar en la investigación, una comprensión de la vivencia prodrómica, tanto en su forma como en su contenido, que nos permita trazar una secuencia coherente desde la normalidad a los pródromos y de los pródromos a la clínica completa. En uno de los esfuerzos más considerables, el grupo alemán introdujo el concepto de los “síntomas básicos”, consistente en “alteraciones sutiles que experimenta el individuo relacionados con el afecto, el pensamiento, el habla, la percepción y el movimiento, que son vivenciados como déficits o alteraciones en distintas áreas cognitivas, y que fluctúan en severidad y frecuencia en función de las demandas externas y del estrés del paciente”^{xxiv}. Estos síntomas básicos prodrómicos, al constituir manifestaciones patológicas del pensamiento y la percepción,

enlazan con los síntomas de primer rango de Kurt Schneider a los que darán lugar.

La transición desde los *síntomas básicos* a los *síntomas de esquizofrenia* sigue las siguientes tres fases^{xxv}:

- **irritación basal:** alteraciones cognitivas del manejo de la información provocan alteraciones perceptivas y dificultad para comprender los mensajes del entorno; el contacto con la realidad se hace cada vez más costoso, generando un estado progresivo de *irritación basal*, con sensaciones inquietantes de pérdida de control de las propias acciones, pensamientos y movimientos.
- **externalización:** al avanzar la inestabilidad cognitivo – afectiva, surge una atmósfera de cambio en la que el individuo se siente protagonista de todo lo experimentado a su alrededor. Las experiencias son vividas como si no fueran ejecutadas por el propio individuo sino por una fuerza externa.
- **concretización:** el individuo “descubre” o “explica” el porqué de ese intento de controlar sus acciones y movimientos, a través de la ideación delirante, las alucinaciones o las vivencias de pérdida de los límites del yo.

Gráfico 2: Ejemplos de secuencia de generación de síntomas de esquizofrenia (Klosterkötter, 1992)²⁸



Con alguna similitud con este modelo alemán, el equipo francés de Grivois establece el siguiente recorrido hacia la psicosis^{xxvi}:

1. en la fase prodrómica, se alteran los mecanismos espontáneos y elementales de relación, provocando **sentimientos de extrañeza o familiaridad** que, al alternarse, producen gran inestabilidad.
2. a continuación, el individuo experimenta el *concernimiento*, una súbita percepción que diferencia al sujeto frente al resto del grupo social, y que conlleva incertidumbre, perplejidad, preocupación y desconfianza.
3. finalmente el sujeto entra en la psicosis a través de la *centralidad*, el sentimiento de constituir el centro de la humanidad y de toda la realidad. Surgen comportamientos imprevisibles, sensaciones de fuerza y debilidad, adivinaciones e interpretaciones y alucinaciones auditivas. Los intentos para explicar esta centralidad dan lugar a las ideas delirantes.

Al lector aficionado a los textos clásicos estos esquemas le recordarán el análisis de Klaus Conrad (1905-1961) de la esquizofrenia incipiente. Con una excelente capacidad de observación y reflexión, Conrad describió la *fase apofánica*, en la que los objetos del espacio exterior aparecen con un significado especial para el sujeto y aparece una incapacidad para ponerse en el lugar de los otros o transposición; lo desconocido resulta familiar (vivencias de reconocimiento) y lo cotidiano resulta extraño (vivencias de extrañamiento); lo que ocurre a su alrededor parece girar en torno suyo (*anástrofe*) y las sensaciones corporales se vivencian de una manera especial. La **apofanía** del espacio interior viene dada por el borramiento de los límites entre el espacio exterior e interior. Cuando la desorganización es completa, aparece la fase *apocalíptica*, que da paso luego a la consolidación del campo vivencial y el estado *residual*¹¹.

Como vamos viendo a lo largo de este capítulo, existen dos tipos de aproximaciones metodológicas a la clínica prodrómica: una basada en las conductas observables (Chapman 1987^{xxvii}; Gross et al 1987^{xxviii}; Falloon 1992^{xxix}; Hafner et al 1992^{xxx}; McGorry et al 1995^{xxxi}; Yung et al 1996^{xxxii}...), que tiene la ventaja de adaptarse bien a los criterios

operacionales, y otra basada en las experiencias subjetivas (Conrad 1958¹¹; Chapman 1966^{xxxiii}; Versamis y Adamson 1971^{xxxiv}; Moller y Husby 2000^{xxxv}...). Dado que, generalmente, se detectan los pródromos esquizofrénicos cuando la familia alerta de graves desviaciones de conducta, tales como explosiones de irritabilidad o agresiones, los autores fenomenólogos abogan por una detección más precoz, cuando la experiencia subjetiva prepsicótica aún no ha alcanzado a la conducta. Así, Strauss y Carpenter^{xxxvi} afirman que “detallar la experiencia subjetiva del paciente es la piedra de toque de la investigación, y particularmente valiosa en la hipótesis del desarrollo” de la esquizofrenia.

Moller y Husby⁴⁰ detallan, tras un análisis cualitativo de 19 entrevistas con pacientes, ocho dimensiones de la *experiencia prodrómica* y cuatro de la *conducta prodrómica*. A continuación indicamos algunas de las citas directas y expresiones de los pacientes:

VIÑETA 3: Álvaro es un chico de 17 años en el momento actual que había acudido a Salud Mental tres años antes por **alteraciones de conducta**, fueron diagnosticadas de TDAH. En el momento actual se vuelve a tener noticias del chico por una interconsulta de la médico de familia que nos comenta la alteración comportamental extrema que ha originado llamadas a la policía por parte de la figura materna, nuestra orientación con técnica de enlace es que si es un comportamiento de ese calibre deberán buscar ayuda directamente las figuras parentales. Acuden varias veces a urgencias del Hospital acompañados por agentes de policía por graves alteraciones de comportamiento y que la madre no ha podido abordar, nada más que llamando a la policía. Su madre lo describe como “un chico muy agresivo con ella, desde que nos separamos y estoy con otra persona”. Los padres se han divorciado, ente las dificultades comportamentales la guardia fue concedida a la figura paterna, acudiendo a visitas a casa de la figura materna, donde “monta los números”: agresividad, aporrear la puerta de la casa, ha llegado a desnudarse en la calle, mientras la figura materna se dirige a Álvaro desde la ventana de su domicilio sin abrirle la puerta. Ha abandonado los estudios. Aparece como un chico **retraído, con la mirada perdida, suspicaz y desconfiado**. Es difícil que acuda a la consulta, pero lo hace acompañado por la figura paterna consulta, quien consigue controlarlo mejor que la madre quien, además, se muestra asustada a pesar de su titulación psicológica de la que hace ostentación para solicitar información un tanto desafiante con los profesionales. El padre es un industrial de empresa de servicios, con una declarada homosexualidad. El aspecto externo de Álvaro se muestra bien vestido, pero **descuidada la higiene, habla poco** y cuando lo hace se para hacerlo con frases hechas, ligera bradipsiquia, pensamiento circular. En ocasiones su discurso se hace **ininteligible**. Tras un periodo de tiempo de unos 20 min. se pone en pié y solicita pasear, sale del despacho y se sitúa por la parte exterior de la ventana, lo que le hace gracia acompañándolo de una sonrisa inexpresiva. No tiene actividad conocida, pues abandona las que le intenta conseguir su padre, por lo que se pasa el día en su casa o acudiendo a la casa de la madre. Se le diagnostica de **Esquizofrenia**. Se le ingresa en Unidad de Hospitalización de Adolescentes, de donde es dado de alta a los 20 días con el diagnóstico de Trastorno bipolar. Caso típico donde la fenomenología remite a diversos diagnósticos categoriales, pero cuyo origen está en una esquizofrenia que se ha va construyendo por caminos y pródromos diversos: expresión comportamental, conductas bizarras, alteración del humor....

1. Distorsión de la percepción de uno mismo: “...una dolorosa indiferencia emocional”, “me sentía perdido”, “distanciado de mí mismo...”. “Era como n espectador de mi propia vida”.
2. Extrema preocupación e ideas sobrevaloradas: “necesitaba nuevos conceptos sobre el mundo y la existencia humana...”; “me interesó de repente la religión, la mística y la filosofía...”.
3. Alteraciones del tipo neurótico: depresión, ideación suicida, ansiedad social, obsesiones...
4. Alteraciones formales del pensamiento: “...dificultad para dirigir mis pensamientos”, “problemas para concentrarme”, “con demasiadas ideas en mi cabeza para poder comunicarlas”.
5. Ideas delirantes atenuadas o percepciones anómalas: “pensaba que *podía* salvar a mi familia del diablo...”, “oía como si se rieran y hablaran de mí por detrás...”
6. Pérdida del control interno: “era imposible controlar mis pensamientos”, “un caos interno...”.
7. Intentos de aliviar el distress: “tenía que estar solo, preferiblemente *invisible*...”, “calmaba la tensión con drogas y alcohol...”.
8. Alteraciones de la percepción: “ruidos en mi cabeza”, “cambios en los olores, sabores y en el contorno de las personas...”.

▪ **Dimensiones de la *conducta prodrómica*:**

1. Abandonar la escuela, la universidad o el trabajo
2. Marcada pérdida de interés en actividades
3. Extrema evitación y aislamiento social.
4. Cambio en la apariencia y conducta general.

De entre las dimensiones subjetivas, destaca –porque está presente en la mayoría de descripciones fenomenológicas- el *cambio en la percepción de uno mismo* y, por tanto, de la realidad que le rodea. Chapman^{xxxvii} lo explica como “sentirse irreal, muerto, aislado del resto, cambiado y carente de emoción”. Cameron¹⁸ resaltó la “pérdida del sentimiento de familiaridad” y Cutting^{xxxviii} la experiencia terrorífica de saber que “los elementos humanos pierden todo su significado propio”, lo que obliga a “cuestionarse su propia

existencia”. Kim et al^{xxxix}, tras 237 entrevistas con pacientes esquizofrénicos, resaltan la reiteración en estas expresiones: “lo que es esencial en los seres humanos no funcionaba en mí...”, “perdí mi propio yo”. La despersonalización psicótica y, como consecuencia, la desarticulación entre el yo y el mundo, constituyen una de las dimensiones nucleares de la experiencia prodrómica.

La otra dimensión nuclear, según algunos autores, es la preocupación extrema por ideas sobrevaloradas, que será la puerta de entrada de la idea delirante^{xl}. En el paciente prodrómico surge un estado de *afán por el significado*, es decir, por hallar explicaciones coherentes con los cambios experimentados, por encontrar un orden al caos experimentado que evite, por tanto, el horizonte temido de la total desintegración. Siguiendo a Kapur^{xli}, podemos decir que la dopamina es el mediador del proceso de esta adquisición de significado, suponiendo por tanto una disregulación de su transmisión en este estadio. Esta alteración neuroquímica conduce a atribuciones aberrantes de significado de los objetos externos y las representaciones internas. De esta forma los pacientes refieren: “...desarrollé un gran estado de alerta por todo...”, “mis sentidos parecían vivos, como si hasta entonces hubieran estado dormidos...”, “las imágenes y los sonidos poseían una intensidad desconocida...”, “...descubrí cosas que desconocía”^{xlii,xliii}. Comprender esta experiencia subjetiva de *atribución aberrante del entorno* permite comprender mejor la conducta de retraimiento y aislamiento social del paciente prodrómico, dado que el mundo aparece para él como un “museo de extrañeza”, en palabras de Nietzsche, o un desconcertante e inquietante mundo por descubrir. Partiendo de este estado de perplejidad, los significados cristalizan poco a poco: “...sentí como si encajaran todas las piezas del rompecabezas”^{xliv}. En este proceso de atribución de significado o sentido se mantienen los pacientes prodrómicos durante meses o años; más tarde llegará la búsqueda de evidencias que confirmen sus intuiciones y la progresiva construcción de esquemas cognitivos delirantes, influenciados por la cultura del entorno. Es lo que denominó Henry Ey^{xlv} la *invasión progresiva del delirio*, la construcción de un verdadero sistema ideológico que mezcla las especulaciones abstractas del paciente con sus interpretaciones e intuiciones

delirantes. A través de ese “racionalismo mórbido” de E. Minkowski¹, el paciente finaliza el periodo prodrómico y, con su delirio cristalizado, entra en la fase activa de la enfermedad.

EVALUACIÓN

El interés formidable de la última década científica por la detección e intervención precoz de la esquizofrenia ha traído consigo el desarrollo de instrumentos de evaluación cada vez más válidos, fiables y precisos. A continuación, expondremos una descripción somera de las principales escalas de evaluación de los síntomas prodrómicos:

1. Entrevista Estructurada para los Síndromes Prodrómicos

(SIPS): es una entrevista semiestructurada diseñada por McGlashan et al^{xlvi} en el 2001, a partir de los criterios de los australianos Yung y McGorry^{xlvii}, para diferenciar clínicamente los síndromes prodrómicos y detectar a los pacientes con riesgo inminente de psicosis. Se compone de cuatro elementos:

- escala de síntomas prodrómicos (SOPS): evalúa la presencia e intensidad de los signos y síntomas prodrómicos a través de 19 ítems: síntomas positivos, negativos, de desorganización y generales (ver cuadro 1)
- escala GAF de funcionamiento global del DSM-IV
- listado de criterios DSM-IV para el trastorno esquizotípico de personalidad
- historia familiar de trastornos mentales y del comportamiento

Cuadro 1: Escala de síntomas prodrómicos (SOPS)

- **SÍNTOMAS POSITIVOS:**

	1	2	3	4	5	6
Pensamientos Inusuales / Ideas Delirantes						
Susplicacia / Ideas Persecutorias						
Grandiosidad						
Alteraciones Perceptivas / Alucinaciones						
Desorganización Conceptual						

- **SÍNTOMAS NEGATIVOS:**

	1	2	3	4	5	6
Aislamiento Social y Retraimiento						
Abulia						
Reducción de la Expresión Emocional						
Reducción de la Experiencia Emocional y de Sí Mismo						
Pobreza Ideoafectiva						
Deterioro Funcional						

- **SÍNTOMAS DE DESORGANIZACIÓN:**

	1	2	3	4	5	6
Conducta y Apariencia Extraña						
Pensamiento Extravagante						
Déficit de Atención y Concentración						
Falta de Higiene y Conducta Social						

- **SÍNTOMAS GENERALES:**

	1	2	3	4	5	6
Alteraciones del sueño						
Ánimo disfórico						
Alteraciones motoras						
Reducción de la Tolerancia al Estrés						

Esta escala fue evaluada por Miller et al^{xlviii}, que demostraron demostró una fiabilidad inter-observador del 93 % ($\kappa = 0.82$, 95 % CI 0.55 – 0.93) y una tasa de conversión a psicosis del 46 % en 6 meses y del 64 % en 12 meses.

2. **Escala Comprensiva de Evaluación del Estado Mental de Riesgo** (Comprehensive Assesment of At Risk Mental State, CAARMS): elaborada por McGorry et^{xlix} al en 1996, establece una serie de criterios para identificar pacientes con alto riesgo de desarrollar psicosis en un periodo breve de tiempo. Identifica tres grupos de ultra-riesgo:

Grupo 1: Síntomas psicóticos atenuados:

- síntomas positivos subclínicos, de más 1 semana de duración y menos de 5 años, varias veces a la semana.

Grupo 2: Síntomas Psicóticos Breves Intermitentes:

- síntomas psicóticos transitorios, de menos de 1 semana de duración, con resolución espontánea, presentes en el último año.

Grupo 3: Factores de riesgo de Estado y de Rasgo:

- historia familiar de primer grado de psicosis +/- trastorno esquizotípico de la personalidad
- deterioro del funcionamiento global (escala GAF) del 30 %

Utilizando estos criterios operativos, este grupo de investigadores identificaron un grupo de pacientes prodrómicos, de los cuales el 40 % desarrolló una psicosis franca al cabo de 1 año, con una buena validez predictiva⁴.

3. Escala de Bonn para la Recogida de Síntomas Básicos (Bonn Schedule for the Assesment of Basic Symptoms, BSABS): desarrollada por Gross, Huber et al³⁰ en 1987, detecta los cambios sutiles, a menudo únicamente percibidos por el paciente, conocidos como “síntomas básicos”. Existe una versión abreviada (Klosterkötter, 2001)¹ de 66 ítems. Sus principales categorías son:

1. Alteraciones del pensamiento, lenguaje, percepción y motricidad (35 ítems)
2. Sensaciones corporales extrañas (13 ítems)
3. Reducción de la tolerancia al estrés (5 ítems)
4. Alteraciones de las emociones y los afectos (7 ítems)
5. Aumento de la reactividad emocional, deterioro de la sociabilidad y alteración de la expresión no verbal (6 ítems)

Estos autores analizaron la evolución a psicosis de una muestra amplia de sujetos evaluados en la Clínica de Detección Temprana de Psicosis de Colonia. A los 9,6 años de seguimiento, 160 de los 385 participantes fueron reevaluados; de éstos, 79 (49,4 %) habían desarrollado psicosis. Esto mostraba una alta sensibilidad (0.98), una especificidad satisfactoria (0.59),

un buen valor de predicción positiva (0.78) y mejor valor de predicción negativa (0.96). Sin embargo este trabajo fue motivo de debate por no emplear como estadístico la Razón De Probabilidades Diagnósticas Positivas o *likelihood ratio*, considerado como el elemento que mejor define el poder predictivo de una prueba diagnóstica^{li}

4. Inventario Psicopatológico de Frankfurt (Frankfurt Questionnaire): recoge sistemáticamente las autopercepciones y quejas subjetivas de los pacientes esquizofrénicos que se corresponden con los síntomas básicos de Huber^{lii}. Es una escala autoaplicada de 98 ítems, agrupados en las siguientes categorías:

1. Pérdida de control
2. Percepción simple
3. Percepción compleja
4. Lenguaje
5. Pensamiento
6. Memoria
7. Movimiento
8. Automatismos
9. Anhedonia – Angustia
10. Sobreestimación sensorial

5. Entrevista para la Evaluación Retrospectiva del Inicio de la Esquizofrenia (Interview for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia, IRAOS): es una entrevista semiestructurada que mide la gravedad, frecuencia y patrón de los síntomas prodrómicos, basándose en su descripción histórica. Incluye la información de pacientes, familiares y notas clínicas.

6. Screening de Síntomas Prodrómicos de Psicosis (Screen For Prodromal Symptoms Of Psicosis, PROD –Screen): consta de 29 preguntas sobre síntomas y funcionamiento, indicando el riesgo de conversión a psicosis. Este instrumento diseñado por el grupo de Finlandia obtuvo buenos resultados al compararlo con la SIPS como gold standard^{liii}.

7. Listado de signos prodrómicos (Prodromal Signs Checklist): fue elaborada por Fallon et al^{liiv} en 1996 en el contexto de su proyecto de

detección e intervención precoz. Está dirigida especialmente a Atención Primaria y consta de los siguientes elementos:

- Marcada desviación de la conducta
- Pérdida de expresión emocional o afecto inapropiado
- Discurso difícil de seguir
- Pobreza de lenguaje y pensamiento
- Marcada preocupación por ideas extrañas
- Ideas de referencia; especial significado de las cosas
- Sentimiento persistente de irrealidad

Estos instrumentos constituyen un gran avance en la detección de esta fase de la esquizofrenia. El gran desafío, sin embargo, sigue siendo el porcentaje de *falsos positivos*, es decir, personas que son clasificadas como “de alto riesgo mental” o “con sintomatología prodrómica” y *no* desarrollan la enfermedad. Se han vertido distintas explicaciones a este fenómeno: es posible que este grupo de pacientes se incluya en la significativa aunque pequeña proporción de la población general que manifiesta síntomas psicóticos atenuados o aislados sin experimentar malestar o discapacidad; es posible que estos pacientes lleven a cabo su conversión a la psicosis *después* de la evaluación, toda vez que sabemos que el periodo prodrómico puede durar años o lustros; es posible, incluso, que la propia detección y/o intervención temprana detenga la progresión a psicosis. Estaríamos hablando entonces, como ha acuñado McGorry^{lv}, de *falsos positivos falsos*. Pero estas posibilidades no llenan el cupo y, admitámoslo, nuestros actuales instrumentos clínicos de detección no son suficientemente válidos y precisos. La incorporación de otras medidas de vulnerabilidad para la psicosis, tales como anormalidades neuroanatómicas y neurofisiológicas, déficits neuropsicológicos y marcadores genéticos ayudarían a delimitar mejor esta población prepsicótica.

IMPLICACIONES CONCEPTUALES

Hemos recogido las principales descripciones clínicas de la fase prodrómica y sus instrumentos de evaluación. El anhelo de los investigadores en este

campo es, como hemos visto, llegar a alcanzar una capacidad de detección del paciente pre-esquizofrénico, para realizar una intervención preventiva eficaz. Podemos concluir que, hoy por hoy, existen conocimientos suficientes para extraer muestras con un riesgo claramente aumentado respecto a la población general. Combinando factores de riesgo premórbidos con evaluaciones psicopatológicas de la fase prodrómica, se alcanzan índices de conversión entre el 50 y 60 %. Esto es un hito importante, pero insuficiente. Para una enfermedad con baja mortalidad y un alto riesgo de estigmatización, como es la esquizofrenia, el predictor ideal debería tener alta especificidad, es decir, que el número de personas expuestas a la preocupación y al estigma de la posibilidad de padecer una enfermedad mental grave sea reducido al mínimo. Por otro lado, las intervenciones terapéuticas, especialmente las farmacológicas, deberían llevarse a cabo con cautela, dado el alto número de falsos positivos. Sin embargo, el estudio de las fases precoces de la esquizofrenia debe intensificarse, pues constituye una fuente incalculable de hipótesis etiopatogénicas sobre la propia enfermedad, y un laboratorio donde los pacientes están libres de factores de confusión, como la cronicidad o la medicación, presentes en fases posteriores.

El estudio de variables biológicas y psicopatológicas en pacientes francamente sintomáticos nos hace idea de cómo funciona el cerebro en plena tormenta de desorganización, delirios y alucinaciones, pero nos dice poco sobre el proceso que la ha producido, de ahí la tendencia reciente en Psiquiatría a retrotraerse y estudiar el paso previo. De esta forma sabemos que gran parte de los familiares de primer grado de pacientes esquizofrénicos (por lo tanto, con más riesgo genético) desarrollan un síndrome, denominado *esquizotaxia*, que consiste en déficit neuropsicológico, síntomas negativos y disfunción social^{lvi}. Este síndrome podría evolucionar, o no, a esquizofrenia o a trastorno esquizotípico de personalidad, en gran medida según actúen factores ambientales. La esquizotaxia resulta, pues, una condición de vulnerabilidad, producto de la acción de ciertos genes asociados con la enfermedad, de ahí el hecho de poseer endofenotipos comunes. El estudio dirigido a esta población (que incluye el 20-50 % de familiares de primer grado) puede definir mejor las

alteraciones neurobiológicas que preparan el estallido de los síntomas psicóticos. De igual forma, la fenomenología de los pródromos que hemos descrito nos informa sobre los circuitos cerebrales que empiezan a alterarse (p.ej. las vivencias de familiaridad y extrañeza, la atribución de significado al entorno, la visión de uno mismo, la capacidad de focalización y atención...) hasta convertirse, en el curso de meses o años, en una esquizofrenia franca. El análisis de los estadios precoces de la esquizofrenia es un terreno arduo, dada la gran heterogeneidad clínica, la sutileza de muchas disfunciones y el insuficiente poder predictor de los instrumentos de medida; pero es a su vez una oportunidad única –aunque costosa y lenta– para descubrir la base etiopatogénica de la enfermedad.

Gran parte de la investigación actual sobre la etiopatogenia de la esquizofrenia choca repetidamente contra un grado de complejidad tal, que conduce a resultados contradictorios, hallazgos no replicados y a una incómoda sensación de *modesto fracaso* entre los investigadores. En el capítulo de la prevención, el panorama no es más alentador; tras estudiar un gran número de factores biológicos, neuropsicológicos y psicosociales, los epidemiólogos han desechado ya la idea de un factor predictor simple de la enfermedad. Se asume que participa de manera secuencial un buen número de ellos, a través de una especial vulnerabilidad a la enfermedad (p.ej. riesgo familiar), unos antecedentes ligados a alteraciones del neurodesarrollo (p.ej. problemas obstétricos, defectos físicos menores, anormalidades cerebrales...), unos problemas de ajuste premórbido (asociados a un déficit cognitivo, peor rendimiento escolar, defectos en la interacción social...) o eventos que actúan como precipitantes del primer episodio psicótico (tales como consumo de tóxicos o acontecimientos que actúan como estresores vitales). La combinación de estos factores, es más, también está presente en el desarrollo de otros trastornos psiquiátricos, especialmente dentro de las psicosis funcionales^{lvii}. Estos hechos nos hacen reflexionar y aceptar que la investigación sobre la esquizofrenia, siendo imprescindible, debe empaparse de modestia y debe explorar un mundo de complejidad donde no caben las relaciones lineales, unívocas y simples. Debemos acoger el *paradigma de la complejidad*, siguiendo la obra del epistemólogo Edgar Morin^{lviii}, frente al *paradigma de la simplificación*, útil desde Platón hasta la ciencia

moderna, pero actualmente en crisis. Deberemos *pensar* la esquizofrenia en su complejidad, es decir, de forma multidimensional, englobadora, abierta y asumiendo la incertidumbre. “**Si no esperas lo inesperado, no lo encontrarás**” dijo Heráclito hace 25 siglos.

BIBLIOGRAFÍA

- I. Urquiza Morales FJ. Pródromos y estados predelirantes. Revisión histórica. Congreso virtual de psiquiatría 2000. Conferencia 4-POS-B. Disponible en www.psiquiatria.com/congreso/mesas4/poster/4_pos_b.htm
- II. Keith SJ and Matthews SM. The diagnosis of schizophrenia: a review of onset and duration issues. *Schizophrenia Bulletin*, 17(1): 51-67, 1991
- III. Loebel AD, Lieberman JA, Alvir MJ, Mayerhoff DI, Geisler SH and Szymanski SR. Duration of psychosis and outcome in first episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 149(9): 1183-1188, 1992
- IV. Yung AR and McGorry PD. The prodromal phase of first episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 22, nº 2, 1996
- V. Yung AR, McGorry PD. The initial prodrome in psychosis: descriptive and qualitative aspects. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1996; 30:587-599.
- VI. Obiols JE. El Nuevo paradigma etiológico. En: Obiols JE. Neurodesarrollo y esquizofrenia. *Ars Médica*, Barcelona, 2001.
- VII. Vázquez-Barquero JL y Artal Simón J. Las fases tempranas de las psicosis. En: Vázquez-Barquero JL, Crespo Pacorro B y Herrán A. *Psicosis*. Ed. Masson, Barcelona, 2005, p. 3-7
- VIII. Pedreira, jl & Lahera, G: Presentación clínica y evaluación de los pródromos de esquizofrenia. En J. Tomás, A. Bielsa, N. Bassas, M. Casas (Edts): *Esquizofrenia en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Laertes, 2005, págs. 37-58.

- IX. McGlashan TH and Johannessen JO. Early detection and intervention with schizophrenia: rationale. *Schizophr Bull.* 1996;22(2):201-22.
- X. Kraepelin E. *Manic depressive insanity and paranoia.* 1919, translated by RM Barclay. Edimburgh, Scotland: E. and S. Livingstone, 1921
- XI. Bleuler, E. *Dementia praecox or the group of schizophrenias* (1911) Translated by I. Zinkin. New York, Ny: International University Press, 1950
- XII. Conrad K. *La esquizofrenia incipiente.* Trad. Castellana. Ed Triacastela, Madrid, 1997.
- XIII. Yung AR and Jackson HJ. The onset of psychotic disorder: clinical and research aspects. En: McGorry PD and Jackson HJ. *The recognition and management of early psychosis.* Cambridge University Press, Cambridge, 1999, p. 27-49
- XIV. Beiser M, Erikson D, Fleming JAE et al. Establishing the onset of psychotic illness. *Am J Psychiatry* 150; 1349-1354, 1993
- XV. Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JM et al. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 149; 1183-1188, 1992
- XVI. Versamis J and Adamson JD. Early schizophrenia. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 16: 487-97, 1971
- XVII. McGorry PD, Singh BS. Schizophrenia: risk and possibility. En: Raphael B, Burrows GD, editors. *Handbook of Preventive Psychiatry.* Amsterdam: Elsevier, 1995, 492-514
- XVIII. McGorry PD, McFarlane C, Patton GC, Bell R, Hibbert ME, Jackson HJ et al. The prevalence of prodromal features of schizophrenia in adolescence: a preliminary survey. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92: 241-9
- XIX. Cameron DE. Early schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 95: 567-582, 1938
- XX. Chapman J. The early symptoms of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 1966; 112: 225-251

- XXI. Yung AR, Phillips L, McGorry PD, McFarlane CA, Francey S, Harrigan S, Patton G and Jackson HJ. Prediction of psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172 (suppl. 33): 14-20, 1998
- XXII. McGlashan TH, Millar TJ, Woods SW. A scale for the assessment of prodromal symptoms and states. En: Miller TJ, Mednick SA, McGlashan TH, Libiger J, Johanssen JO, editors. *Early intervention in psychotic disorders*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2001, p. 135-9
- XXIII. Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M. *Boner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, 1987
- XXIV. Rakfeldt J and McGlashan TH. The nature of the prodrome in schizophrenia. En: Stone WS, Faraone SV, Tsuang MT. *Early clinical intervention and prevention in schizophrenia*. Humana Press, New Jersey, 2004, p. 75-91
- XXV. Huber G, Gross G. The concept of Basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychosis. *Rec Progr Med* 1989; 80: 646-52
- XXVI. Klosterkötter J. The meaning of basic symptoms for the development of schizophrenic psychoses. *Neurology, Psychiatry and Brain Research* 1992; 1: 30-41
- XXVII. Grivois GH. *La schizophrénie debutante*. Paris: John Libbey Eurotexte, coll. Pathologie, Science Formation, 1998, p. 218
- XXVIII. Chapman LJ and Chapman JP. The search for symptoms predictive of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(3): 497-503, 1987
- XXIX. Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M. *Boner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, 1987
- XXX. Fallon IR. Early interventions for first episodes of schizophrenia: A preliminary exploration. *Psychiatry*, 55: 4-15, 1992
- XXXI. Hafner H, riecher-Rössler A, Hambrecht M, Maurer K, Meissner S, Schmidtke A, Fätkenheuer B, Löffler W and van der Heiden W. IRAOS: An instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 6: 209-223, 1992.

- XXXII. McGorry PD, Singh BS. Schizophrenia: risk and possibility. En: Raphael B, Burrows GD, editors. Handbook of Preventive Psychiatry. Amsterdam: Elsevier, 1995, 492-514
- XXXIII. Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, Jackson HJ, Patton GC and Rakkar A. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. Schizophrenia Bulletin, 22: 283-303, 1996
- XXXIV. Chapman J. The early symptoms of schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 1966; 112: 225-251
- XXXV. Versamis J and Adamson JD. Early schizophrenia. Canadian Psychiatric Association Journal, 16: 487-97, 1971
- XXXVI. Moller P, Husby R. The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behaviour. Schizophr Bull 2000; 26(1): 217-32
- XXXVII. Strauss JS, Carpenter WT. Schizophrenia. New York, NY and London UK: Plenum Medical Book Company, 1981
- XXXVIII. Chapman J. The early symptoms of schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 1966; 112: 225-251
- XXXIX. Cutting J and Dunne F. The nature of the abnormal perceptual experiences at the onset of schizophrenia. Psychopathology, 1986; 19: 347-352
- XL. Kim Y, Takemoto K, Mayahara K, Sumida K and Shiba S. An analysis of the subjective experience of schizophrenia. Comprehensive Psychiatry, 1994; 35(6): 430-36.
- XLI. Moller P, Husby R. The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behaviour. Schizophr Bull 2000; 26(1): 217-32
- XLII. S. Kapur. Psychosis as a State of Aberrant Salience: A Framework Linking Biology, Phenomenology, and Pharmacology in Schizophrenia Am J Psychiatry. 2003 Jan;160(1):13-23
- XLIII. McDonald N: Living with schizophrenia. Can Med Assoc J 1960; 82:218-221
- XLIV. Bowers MB Jr, Freedman DX: "Psychedelic" experiences in acute psychoses. Arch Gen Psychiatry 1966; 15:240-248

- XLV. Bowers MB Jr: Pathogenesis of acute schizophrenic psychosis: an experimental approach. *Arch Gen Psychiatry* 1968; 19:348-355
- XLVI. Ey H. *Tratado de Psiquiatria* Ey H, Bernard P y Brisset Ch: *Tratado de Psiquiatria*. Barcelona: Toray-Masson; 1969.
- XLVII. McGlashan TH, Millar TJ, Woods SW. A scale for the assessment of prodromal symptoms and states. En: Miller TJ, Mednick SA, McGlashan TH, Libiger J, Johanessen JO, editors. *Early intervention in psychotic disorders*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2001, p. 135-9
- XLVIII. Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, Jackson HJ, Patton GC and Rakkar A. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 22: 283-303, 1996
- XLIX. Miller TJ, McGlashan TH, Woods SW et al. Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. *Psychiatr Q* 1999; 70(4): 273-287
- L. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM,
- LI. Jackson HJ. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin* 1996; 22(2):305-326.
- LII. Klostekotter J, hellmich M, Steinmeyer EM Schultze-Lutter F. Diagnosing schizophrenia in the inicial prodromal phase. *Arch Gen psychiatry* 2001; 58: 158-64
- LIII. García de Jalón E, Campos MS, Peralta V y Cuesta MJ. Pródromos en las psicosis. En: Cuesta MJ. *Psicosis. Monografías en Psiquiatria* año VI nº 1, Aula Médica. Madrid, 2004
- LIV. Sullwold L. Symptoms of schizophrenic illnesses. Uncharacteristic basic disturbances. *Monogr Gesamtgeb Psychiatr Psychiatry Ser.* 1977;13:1-109
- LV. Heinimaa M, Salokangas RK, Ristkari T, Plathin M, Huttunen J, Ilonen T, Suomela, T, Korkeila J, McGlashan TH. PROD-screen--a screen for prodromal symptoms of psychosis. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2003;12(2):92-104
- a. Falloon, R. R. Kydd, J. H. Coverdale, and T. M. Laidlaw. Early Detection and Intervention for Initial Episodes of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 22, No. 2, 1996

- LVI. McGorry PD, Yung AR y Phillips LJ. Aproximación: ¿qué síntomas predicen el inicio del primer episodio psicótico en un grupo de riesgo muy elevado? En: Zipursky RB y Schulz SC. *Estadios Iniciales de la Esquizofrenia*. Trad. al castellano. Ed. Ars Medica, Barcelona, 2003, p.3 – 28.
- LVII. Faraone SV, Tsuang MT and Tarbox SI. The nature of schizotaxia. En: Stone WS, Faraone SV, Tsuang MT. *Early clinical intervention and prevention in schizophrenia*. Humana Press, New Jersey, 2004, p. 93-114
- LVIII. Van os J, Jones P, Sham P, Bebbington P, Murray RM. Risk factors for onset and persistente of psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 596-605

DIAGNÓSTICO, CLÍNICA Y TRATAMIENTO

DRA. MARTHA MUÑOZ

DRA. ALEXANDRA TERRAZAS L.

DEFINICIÓN

El concepto de esquizofrenia ha venido evolucionando conforme el avance de la medicina, pasando desde un concepto mágico hasta un concepto más científico en nuestros tiempos. Llegando a formar parte del mismo aspectos neurobiológicos, psicológicos y sociales.

Morel usó el término de *Démence Précoce* para referirse al estado mental y comportamiento de jóvenes con estupor, o sea trastornos de movilidad y el estado de ánimo resultante de la melancolía. Emil Krapelin enfatizó el aspecto deficitario de las funciones psíquicas afectadas, Eugen Bleuler la desorganización del pensamiento y la afectividad, y Kurt Schneider el valor de las experiencias psicóticas psicológicamente incomprensibles (1, 2).

La investigación histórica muestra que hay poca continuidad entre Morel, Krapelin, Bleuler y Schneider. Esto tiene dos consecuencias. La primera es que la idea de una progresión lineal que culmina en el presente constituye un mito. La otra es que el concepto actual de esquizofrenia no es el resultado de una definición y un único objeto de investigación, estudiado sucesivamente por varios equipos psiquiátricos siendo una amalgama de diferentes elementos clínicos que provienen de definiciones varias.

No existe una enfermedad unitaria llamada esquizofrenia, sino un conjunto de síntomas mentales, algunos congénitos, otros susceptibles de evolución y otros adquiridos (2).

Consideramos la esquizofrenia como una patología severa, de curso crónico y con diferentes manifestaciones clínicas sintomatológicas que incluyen síntomas positivos, negativos, cognitivos y afectivos.

La característica discriminante de la Esquizofrenia es la presencia de síntomas psicóticos. La psicosis hace referencia a alucinaciones e ideas delirantes, lenguaje incoherente y conducta desorganizada como se observa

en la esquizofrenia y los trastornos esquizofreniforme, esquizoafectivo y psicótico breve (3).

EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida es variable, pero los resultados de la mayor parte de los estudios establecen globalmente un promedio de una tasa ligeramente inferior a 1 caso por cada 100 habitantes. El trastorno parece tener una distribución uniforme en todo el mundo, aunque pueden existir algunas bolsas de prevalencia elevada o baja.

Dado que la esquizofrenia suele aparecer en una fase temprana de la vida y, a menudo, puede ser de carácter crónico, los costes que provoca el trastorno son considerables. En EE.UU, según la revisión de estudios llevada a cabo por la American Psychiatric Association (APA), la esquizofrenia fue la causa de un 2,5% del total de gastos directos de asistencia sanitaria; es decir, de unos 16.000-19.000 millones de dólares en 1990. Los costes indirectos motivados por factores como la pérdida de productividad y la carga familiar se estimaron en unos 46.000 millones de dólares. Además, las tasas de desempleo pueden alcanzar un 70-80% en los casos graves y se calcula que los pacientes esquizofrénicos constituyen un 10% de los que están en invalidez permanente.

También, debe considerarse la mortalidad en la esquizofrenia desde una perspectiva epidemiológica, ya que la mortalidad en pacientes esquizofrénicos es consistente y significativamente más alta, en una proporción entre dos y tres veces mayor, que en la población general. Las causas de este exceso de mortalidad deben buscarse en factores diversos como son suicidios y muertes violentas, mortalidad natural no cardiaca, enfermedades cardiovasculares y uso de antipsicóticos y polifarmacia (4).

La prevalencia de la Esquizofrenia de Inicio Temprano (EIT) no se ha establecido claramente, aunque la experiencia clínica sugiere que su inicio antes de los doce años es poco usual. Se calcula que del 0,1% al 1% de todos los trastornos esquizofrénicos se instauran antes de los diez años de edad y que ocurren principalmente en hombres, aun cuando con el incremento de la edad dicha frecuencia se equipara en ambos géneros (5).

Su incidencia aumenta abruptamente y se estabiliza de los 12 a los 14 años de edad y para los 18 años ya el 20% ha desarrollado la enfermedad (6, 7).

IMPACTO DE LA ESQUIZOFRENIA

- Ocupa el octavo lugar entre las causas de incapacidad de las personas entre 15 y 45 años.
- Reduce la expectativa de vida en 10 años, principalmente como consecuencia del suicidio.
- Carga para el paciente y para sus cuidadores: Emocional y Económica.
- Alta incidencia de recaída: debido a una pobre adherencia al tratamiento.
- Aumento de la prevalencia de los factores de riesgo: tabaquismo, pobreza, mala nutrición, menor acceso a los cuidados de salud. (8).

ETIOPATOGENIA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA

1. Hipótesis genética

Existen muchas investigaciones que apoyan que apoyan la hipótesis de que la esquizofrenia y los desórdenes relacionados tendrían una base genética. Los estudios con familias muestran que a mayor consanguinidad con un familiar enfermo, mayor la probabilidad de aparición de la enfermedad. En estudios con gemelos se ha encontrado una alta tasa de concordancia en monocigotos, en contraste con una baja tasa en dicigotos.

2. Hipótesis neurobiológicas

La teoría etiológica más defendida en el pasado sostiene que la esquizofrenia se produce por un defecto bioquímico en la transmisión dopaminérgica, de las catecolaminas, de la serotonina, de la MAO entre otras.

Se destaca la hipótesis de la dopamina que plantea que la esquizofrenia se presenta relacionada con un aumento de la cantidad de dopamina existente en la sinapsis o con una hiperactividad de las vías dopaminérgicas. Esta idea se basó en la observación de que todos los fármacos antipsicóticos clínicamente efectivos aumentan los niveles de metabolismo de la dopamina, por lo que se pensó que podrían producir una elevación central

de la actividad de la dopamina. Se bloquearían los receptores de dopamina producto del fármaco, además estos fármacos antipsicóticos permiten un almacenamiento de dopamina en los terminales nerviosos.

Otro factor que apoya la hipótesis de la dopamina es la prueba de que los agentes que aumentan las cantidades de catecolaminas en el cerebro aumentan los síntomas psicóticos. Tal es el caso de las anfetaminas que empeoran los síntomas de la esquizofrenia.

Por convincente que sea esta hipótesis, no se ha dilucidado todavía la naturaleza exacta del efecto subyacente del efecto de la dopamina. Muchos investigadores opinan que la hiperdopaminergia es sólo la expresión más evidente de otro defecto fisiopatológico (9, 11).

3. Hipótesis estructurales

Se refieren a alteraciones estructurales a nivel macroscópico, microscópico y ultraestructural. La base de estas hipótesis es que algunos pacientes esquizofrénicos tiene los ventrículos laterales del cerebro dilatados, mayor volumen de líquido cisternal, inversión de la simetría normal del cerebro o atrofia del vermis anterior del cerebro (9, 10, 11, 12).

Las anomalías estructurales más descritas mediante Tomografía computarizada (TC) y Resonancia magnética (RM) en la esquizofrenia son la *dilatación de los ventrículos laterales y del III ventrículo y una atrofia cerebral con ensanchamiento de los surcos*. Hay evidencias de la asociación entre la dilatación de los ventrículos y funcionamiento premórbido mediocre, sintomatología negativa, pobre respuesta al tratamiento y deterioro cognitivo.

Anomalías en regiones ventrales del lóbulo frontal (corteza orbito-frontal) en pacientes de larga evolución y en el primer episodio.

El *volumen de la ínsula* se correlaciona negativamente con la severidad de los síntomas psicóticos.

Reducción volumétrica de la corteza temporal (10, 11, 12).

Neuroimagen funcional: Con los adelantos de las técnicas de neuroimagen funcional; tomografía por emisión de positrones (PECT) y la tomografía por emisión de fotones (SPECT) se han descrito anomalías en la función del lóbulo temporal y frontal en reposo y durante actividades cognitivas.

Diversos estudios han mostrado hipofrontalidad que se correlaciona con la presencia de síntomas negativos y aumento del flujo sanguíneo a zonas posteriores del cerebro. Sin aumento del flujo sanguíneo a regiones frontales al realizar tareas que normalmente lo activa.

Alteraciones en el flujo sanguíneo cerebral en el circuito *cortico-cerebelo-talámico-cortical*, durante la realización de pruebas de memoria. Dificultades de coordinación de procesos mentales necesarios para un adecuado funcionamiento cognitivo (recibir, procesar, recuperar y expresar información), esta teoría se ha denominado *Dismetría cognitiva*, que reflejaría la anomalía en la función cognitiva por el mal funcionamiento en la conectividad de estas regiones del cerebro. (10, 11, 12)

4. Hipótesis psicológicas

I. Teoría psicoanalítica de la psicosis

Originalmente, Freud postuló que el inicio de la esquizofrenia significaba una retirada de la libido del mundo exterior. En su opinión, esta libido era después absorbida por el yo dando lugar a un estado de grandeza megalomaniaca, o bien era vuelta al mundo exterior en forma de delirios.

El reciente interés clínico por la esquizofrenia se ha centrado en la intensa ambivalencia característica de los pacientes esquizofrénicos, su ansiedad de venganza persecutoria y los infantiles mecanismos del yo empleados en su relación con los objetos. La descompensación del paciente o estado de regresión está determinada por el fracaso de estos mecanismos. En el cuadro clínico de la esquizofrenia hay dos fases, la ruptura con la realidad y los intentos por restablecer los contactos con éstas.

La regresión esquizofrénica se precipita normalmente por una pérdida o frustración de las necesidades del objeto. El efecto de la pérdida resulta en la supremacía de los afectos negativos, dislocando el delicado equilibrio entre los componentes introyectivos de la organización del yo del paciente. Se produce así una pérdida del equilibrio entre los buenos introyectos positivos y los introyectos negativos que conforman la estructura del yo. La inundación con sentimientos negativos difusos y desnaturalizadamente destructivos, requiere una regresión hasta el punto de una más profunda fijación en la que el paciente no es sólo una víctima potencial, sino que,

además, actúa en pos de la autoconsolidación. A este nivel, la desorganización regresiva del paciente va unida a una desdiferenciación entre los límites del yo y el objeto. Sólo en esta posición puede el paciente obtener una descarga de la tensión interior. El camino de la regresión varía en función de si las pérdidas son agudas y arrolladoras o bien lentas y acumulativas, según la organización estructural del paciente.

Es cierto que el yo pre esquizofrénico es débil en términos de desarrollo de mecanismos de defensa más maduros, pero, en el comienzo de la psicosis, los elementos de mecanismos más maduros ya establecidos pasan a unirse a esquemas de tipo más infantil. El comienzo agudo de la esquizofrenia se relaciona con un aumento de intensidad de la ansiedad paranoide, los sentimientos de omnipotencia del paciente y las intolerables ansiedades depresivas, todo lo cual ha sido desviado anteriormente por patrones de conducta del yo narcisista. Además, el paciente presenta de manera característica distorsión perceptiva, odio a sí mismo y confianza en patrones objetales infantiles y muy dependientes.

II. Concepto y teoría del doble vínculo

La teoría del doble vínculo fue descrita por primera vez por Beatson, Jackson, Haley y Weakland en 1956 (Watzlawick y otros, 1991).

Con un punto de vista totalmente radical, a diferencia de aquellas hipótesis según las cuales la esquizofrenia constituye primariamente un trastorno intrapsíquico, que afecta secundariamente las relaciones del paciente con las demás personas. Ellos se preguntaron qué consecuencias de la experiencia interpersonal provocarían una conducta capaz de justificar el diagnóstico de esquizofrenia.

Esto llevó a identificar ciertas características esenciales de las interacciones de los esquizofrénicos con las personas que los rodean, por lo cual crearon el término de doble vínculo (Watzlawick y otros, 1991). Definiéndolo como una relación donde, en primer lugar, las personas que participan de ella, poseen un vínculo intenso y que posee un gran valor para la supervivencia física o psicológica. En segundo lugar, se da un mensaje que está estructurado de tal forma que afirma algo, afirma algo de su propia afirmación y ambas afirmaciones son mutuamente excluyentes. Y por

último, se impide que el receptor del mensaje se evada del marco de referencia establecido por el mensaje.

III. Modelo de la vulnerabilidad

Uno de los modelos explicativos acerca del desencadenamiento de la esquizofrenia es el modelo adaptado de estrés - vulnerabilidad de Zubing y Spring, el que nos muestra en una serie consecutiva las distintas variables que inciden en el curso y desarrollo de la esquizofrenia, partiendo de la base de un factor primero o desencadenante, el que sería una experiencia traumática producida en el transcurso del parto y hasta la adolescencia. Esto generaría vulnerabilidad frente a la esquizofrenia que, aunque fuera asistida por una "variable moderadora" (personalidad, ambiente, etc.), si fuese afectada además por nuevos acontecimientos amenazantes que requieran un nuevo ajuste en la rutina del sujeto, desencadenarían el brote de la enfermedad (13).

COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y LA ESQUIZOFRENIA

Existen suficientes datos y lo bastante firmes sobre la asociación existente entre las complicaciones obstétricas y esquizofrenia como para considerar esta asociación como bien establecida. El hecho de si viene mediada por una lesión hipóxico-isquémica cerebral o por uno o varios de los numerosos factores de riesgo prenatales y perinatales es todavía incierto. Los datos encontrados sobre la exposición viral prenatal, diabetes materna y malnutrición encontrados son indicativos pero no definitivos.

En definitiva las complicaciones obstétricas y del embarazo pueden considerarse un factor de riesgo, bien por si solo, bien como modulador de factores genéticos, y poseen una influencia relevante en la etiopatogenia de algunos casos de esquizofrenia (14).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La "psicosis" es un término genérico que se utiliza para describir estados clínicos en los que el paciente pierde el contacto con la realidad, se alteran funciones fundamentales como los pensamientos, los sentimientos, la percepción y la conducta. Tienen diferentes etiologías y los síntomas

presentan una gran variedad que permite diferenciar entre varias formas clínicas.

La psicosis es un conjunto de signos y síntomas, para algunos autores es la 'fiebre' de la enfermedad mental, un indicador grave pero impreciso puesto que pueden deberse a diferentes causas etiológicas, entre las más frecuentes esta la Esquizofrenia y las Psicosis Afectivas. Otras manifestaciones de psicosis son los Trastornos Delirantes, el Trastorno Esquizoafectivo, el Trastorno Esquizofreniforme, el Trastorno Psicótico Breve y las Psicosis Orgánicas.

Las manifestaciones clínicas en la adolescencia, tiene diversas expresiones algunas veces en forma aguda y otras veces de manera lenta y progresiva con un funcionamiento premorbido pobre, esta diversidad de síntomas y presentaciones llega a confundir al clínico y han sido diferentes las apreciaciones a lo largo del tiempo, nosotros vamos a examinar la descripción de mayor aceptación en la actualidad (Crow, Andreasen).

Síntomas Positivos

Por exceso o distorsión de las funciones normales debido a falla en los mecanismos inhibitorios, incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado) y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Estos síntomas positivos obedecen a dos dimensiones: la dimensión "psicótica" que incluye ideas delirantes y alucinaciones, y la dimensión "de desorganización" que incluye el comportamiento y lenguaje desorganizados. (DSM IV TR, Clinical Handbook of Schizophrenia, 2008).

Dimensión psicótica

Ideas delirantes: esta alterado el contenido del pensamiento con creencias erróneas que implican una mala interpretación de las percepciones o experiencias de la realidad, tienen 4 características fundamentales, es objetivamente falso, según su contexto cultural y su idiosincrasia es erróneo, es ilógico y es irreductible ante la lógica. Su contenido más común corresponde a ideas de persecución, autorreferenciales, somáticas,

religiosas o grandiosidad, erotomanía, ideas de daño y perjuicio. Investigaciones recientes sugieren que los delirios pudieran agruparse en tres grupos según su correlación neurobiológica: delirio de influencia (delirio de control, inserción o robo de pensamiento, criterios primer orden de Schneider, tabla 1), delirio con significado propio para el paciente (grandeza, referencia, culpa/pecado) y delirios de persecución.

Alucinaciones: Son alteración cualitativas de la Sensopercepcion, ocurren en cualquier modalidad sensorial (visual, auditiva, gustativa, olfativa, cenestésicas, cinética), pero las auditivas son las más comunes en la Esquizofrenia, en las psicosis de causas orgánicas son frecuentes las alucinaciones visuales siendo esto una característica no patognomónica. Las alucinaciones auditivas son experimentadas generalmente como voces, extrañas o conocidas, que son percibidas como distintas de los pensamientos de la propia persona y pueden dar órdenes a los pacientes. Las alucinaciones deben producirse en un contexto de claridad sensorial: las que ocurren mientras se concilia el sueño (hipnagógicas) y las ocurridas al despertar (hipnopómpicas) se consideran normales.

TABLA 1 CRITERIOS DE K. SCHNEIDER

1ER. ORDEN	Somatización del pensamiento Oír voces que Dialogan entre si Oír voces que acompañan con comentarios los propios actos Robo del pensamiento y otras influencias del pensamiento. Divulgación del pensamiento. Percepción delirante Influencia corporal, del sentir, de las tendencias y de la voluntad
2DO. ORDEN	Otras alucinaciones Ocurrancia delirante Perplejidad Distimias Empobrecimiento afectivo

Dimensión desorganización

Desorganización del pensamiento: se refiere a las anormalidades en la forma, estructura y procesamiento o asociación del discurso más que en el contenido de este. Se pierde el hilo conductor que guía el pensamiento opera con conceptos sin relación, enlentecimiento, interceptación o bloqueo es descrito como una de las características esenciales de la esquizofrenia, como es difícil definir objetivamente un trastorno del pensamiento este se evidencia a través del lenguaje desorganizado, que en sujetos con esquizofrenia comúnmente se observa tangencialidad y laxitud en el discurso.

Conducta desorganizada: Existen problemas en todas las acciones orientadas hacia un fin, ocasionando dificultades en la realización de actividades de la vida cotidiana. El sujeto puede descuidar su higiene y apariencia personal, presentar un comportamiento sexual inapropiado, o una agitación impredecible y sin motivo alguno puede presentar síntomas catatónicos, alteraciones en la psicomotricidad: agitación, estereotipias, mutismo, negativismo entre otras; se asocia con alteraciones en la atención y se correlaciona con alteraciones cognitivas.

Síntomas negativos

Son producidos por Disminución o pérdida de las funciones normales, esquizofrenia constituyen una parte primordial de la morbilidad asociada con el trastorno, son difíciles de evaluar por que ocurren en un continuo de la normalidad, son inespecíficos y pueden ser debido a diferentes factores. Existen tres: el aplanamiento afectivo, la alogia y la abulia.

Aplanamiento afectivo: frecuente y se caracteriza por la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del sujeto (hipomimia), contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal. Para determinar si éste es lo suficientemente persistente para cumplir el criterio, es útil observar al sujeto interactuando con los otros.

Alogia (pobreza del habla): se manifiesta por las respuestas breves, lacónicas y vacías. El sujeto parece tener una disminución de los pensamientos que se refleja en un descenso en la fluidez y la productividad del habla.

Abulia: caracterizada por una incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin. La persona puede permanecer sentada durante un largo tiempo y mostrar poco interés en participar en el trabajo o las actividades sociales, pierden la capacidad hedónica.

ESQUIZOFRENIA Y CURSO CLÍNICO

Se distinguen tres fases en el curso de esta enfermedad, premorbida, prodrómica y psicótica

Las dos primeras fases las ha detallado el Dr. Pedreira Massa detalladamente en la primera parte de este capítulo. Ahora nos centraremos en la Fase Psicótica propiamente dicha.

FASE PSICÓTICA: Es la presencia propiamente de los síntomas psicóticos que involucran distintas esferas psicológicas como son la percepción, contenidos y procesos del pensamiento, sentimientos, conducta, atención, concentración, motivación y juicio. Síntomas positivos, Negativos, desorganización de las conductas y alteración en el área cognitiva Al afectarse estas áreas se presenta un deterioro en el funcionamiento social y ocupacional que es muy relevante al momento de hacer un diagnóstico diferencial entre la esquizofrenia y otras psicosis (criterios de Diagnóstico, ver tabla 2).

DIAGNÓSTICO

Es complejo, desde mucho tiempo la esquizofrenia ha sido una enfermedad poco comprendida y muy temida, tanto por la comunidad, la familia como por los médicos que guardan cautela antes de anunciar a la familia el diagnóstico de esquizofrenia, no es para menos teniendo en cuenta que esta no permite una *completa recuperación*.

Para E. Krapelin (1856 – 1926) la denominó Demencia Precoz centrandó la importancia del diagnóstico en la evolución de la enfermedad (diagnóstico longitudinal) para E. Bleuler (1857 - 1939) son un grupo de enfermedades siendo lo más importante el estudio transversal de los síntomas (diagnóstico transversal) y la división o fragmentación del proceso del pensamiento.

Los criterios de diagnóstico se han llegado a estandarizar en las clasificaciones internacionales como el DSM – IV TR y el CIE – 10 no existen categorías diagnósticas específicas de la infancia y adolescencia distintas a las de los adultos, varios estudios han demostrado que se pueden diagnosticar con gran confiabilidad mediante criterios de adultos no modificados ya que representa el mismo proceso patológico (Spencer EK, Campbell); las diferencias clínicas más de tipo cuantitativo con gran variedad individual.

Para llegar al Diagnóstico debemos encontrar sintomatología característica, disfunción socio/laboral y un periodo de tiempo de al menos 6 meses de evolución o menos si ha recibido tratamiento, excluyendo enfermedad médica o aquellos inducidos por sustancias, trastornos generalizados del desarrollo y trastorno esquizoafectivo. El mejor diagnóstico es aquel que conjuga tanto los síntomas agudos (corte transversal) como la evolución de la enfermedad (corte longitudinal).

Formas clínicas de la esquizofrenia

EL 20 % de las Esquizofrenias tienen su aparición entre los 12 y los 18 años. Las formas de presentación de la Esquizofrenia están descritas en el DSM – IV y CIE -10 con sus características y se exponen en la Tabla 3, La sintomatología depresiva en la esquizofrenia de inicio temprano es muy frecuente, acompañada de fuerte ideación suicida e incluso tentativa junto a los síntomas psicóticos agudos, donde el delirio es bizarro y poco sistematizado presentando una evolución más deteriorante que en la esquizofrenia de inicio en el adulto joven.

TABLA 2: DSM – IV TR

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- 1 ideas delirantes
2. Alucinaciones
3. Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

En los adolescentes es importante diferenciar la esquizofrenia con las psicosis que se pueden presentar en los trastornos del ánimo porque los síntomas depresivos en la esquizofrenia de inicio temprano son muy frecuentes, otros trastornos con los que debemos diferenciarlos son los trastornos disociativos, personalidades que se están estructurando de manera anómala que también pueden hacer episodios psicóticos breves, las psicosis de causas orgánica; En el último tiempo ha cobrado mucha importancia aquellos episodios psicóticos secundarios a consumo de drogas, en especial a la marihuana algunos de ellos pueden remitir sin embargo en otros casos puede ser un desencadenante sobre una vulnerabilidad biológica para la aparición de la esquizofrenia de manera más temprana .

TABLA 3

CIE – 10	DSM - IV	SINTOMAS CLAVE
Paranoide Hebefrenia	Tipo Paranoide Tipo Desorganizada	Delirios y alucinaciones Conducta y discurso desorganizados (a menudo absurdo/superficial) y afecto aplanado o inadecuado
Catatónica	Tipo Catatónica	Alteraciones Psicomotoras
Indiferenciada	Tipo indiferenciada	Cumple los criterios generales, pero no predomina ningún subtipo de síntomas
Depresión postesquizofrenica		Algunos síntomas residuales, pero predomina el cuadro depresivo
Residual	Tipo Residual	Los síntomas “positivos” previos son menos prominentes; predominan los síntomas “negativos”
Simple		Ausencia de delirios y alucinaciones ; aparece gradualmente un estado defectual (síntomas negativos)sin un episodio agudo

Fuente, Manual Oxford de Psiquiatría

TRATAMIENTO

El abordaje terapéutico debe ser integral desde una perspectiva que contemple tres componentes importantes el biológico, el psicológico y el socio ambiental, todos ellos de manera interactiva y coordinada.

El abordaje biológico desde la farmacología será tocado en un capítulo especial, cabe mencionar que los antipsicóticos atípicos son los de primera elección y se contempla el tratamiento en fase aguda, de rehabilitación y de mantenimiento, que puede ser llevado ambulatoriamente, hospitalización de día o internación completa, esto de acuerdo a las características de cada cuadro clínico.

Fase Aguda: Escoger adecuadamente el fármaco de acuerdo a las características del paciente y la respuesta hacia el medicamento, desde la perspectiva Psicosocial es importante trabajar con la familia primaria en terapia para que pueda descargar su frustración y asumir la enfermedad parte fundamental de la alianza terapéutica así como la psicoeducación. En esta fase la administración del fármaco es fundamental junto con redes asistenciales, hogares y talleres protegidos, que evitan las hospitalizaciones prolongadas en lo posible.

La fase de rehabilitación: Los síntomas van a estar atenuados, se enfatiza la rehabilitación cognitiva, talleres de habilidades sociales, psicoeducación con el paciente y el aporte de la Terapia Ocupacional es muy importante.

La intervención temprana es fundamental para una mejor respuesta de la enfermedad.

RESUMEN

Los trastornos psicóticos se encuentran entre las patologías psiquiátricas más graves iniciando cada vez más tempranamente siendo en la adolescencia mucho más frecuente la presencia de síntomas prodrómicos que en cualquier otra etapa, sin embargo pasa inadvertida debido al desconocimiento de estos síntomas, negación de los padres, a la confusión con los cambios normales de la adolescencia y al estigma de tener un trastorno mental. Todos ellos causan un deterioro notable en todas las áreas que el adolescente se desarrolla y mientras más temprano se identifique menos daño pueden hacer en el individuo.

Las manifestaciones clínicas de la psicosis en la adolescencia comparten criterios diagnósticos comunes con las de inicio más tardío, los síntomas característicos son positivos, negativos y desorganizados estos difieren de las psicosis de inicio más tardío de forma cuantitativa; en la esquizofrenia se añaden síntomas cognitivos. El inicio más temprano de la esquizofrenia es un factor de mal pronóstico y se relaciona con alteración estructural en algún momento del desarrollo anatomofuncional que será determinante para la posterior aparición del cuadro clínico psicótico. El tratamiento que se inicia de manera temprana presenta una mejor evolución del cuadro clínico y el uso de medicamentos antipsicóticos atípicos es de elección, complementándose con la psicoterapia que es más relevante en la fase de estabilización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peralta Martín, Victor y Cuestas Zorita, Manuel .Manual de Psiquiatría. Capítulo 19: Esquizofrenia y psicosis relacionadas. Palomo, Tomás y Jimenez-Arriero, Miguel; Editores. Ene life publicidad S.A. y editores. 2009. 267-284.
2. Gelder, Michael; Lopez Ibor Jr, Juan; Andreasen, Nancy. Tratado de Psiquiatría. Tomo I. Parte 4.3. Ars Médica. Oxford University. 2004. 677-771.
3. Dean X Parmelee. Psiquiatría del niño y del adolescente. Harcourt brace de España. Capítulo 10. 1998. 155-170.
4. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. N° 2006/05-2.
5. Galdos PM, Van Os JJ, Murray RM. Puberty and the onset of psychosis. Schizophr Res 1993; 10:7-14.

6. Hafner H, Maurer K, Loffler W, Riecher-Rossler A. The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 80-6.
7. Gordon CT, Frazier JA, McKenna K, Giedd J, Zametkin A, Zahn T et al. Childhood-onset schizophrenia: an NIMH study in progress. *Schizophr Bull* 1994; 20: 697-712.
8. Rossler et al. *Eur Neuropsychopharmacology*, 2005; Goeree et al. *Curr Med Res Open*, 2005. Beauclair et al. Poster presentation at the annual CINP meeting, July 2006.
9. Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (Eds.). (2002). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
10. Milan Pérez, José. Tendencias actuales en la investigación de las psicosis. *Neuroimagen y esquizofrenia. Monografía. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana. Volumen 3. N°3. 2006.*
11. Loran, María. *Esquizofrenia. Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de Medicina. Hospital Universitario "Germans Trias i Pujol". Psiquiatría. 2009. [http: cenFclon.uab.es/recursos/download.asp?clau='0000001328](http://cenFclon.uab.es/recursos/download.asp?clau='0000001328)*
12. Marquet, Jorge. 11ª Congreso Virtual de Psiquiatría. *Neuroimágenes en Psiquiatría. Interpsiquis 2010.*
13. Canales, Tatiana; Garrido, Bárbara; Hetz, Eduardo y Ramírez, Patricio. *Neuropsiquiatría del adulto. Psicosis. 1998.*
14. Obiols Llandrich, Jordi E. *Neurodesarrollo y esquizofrenia. Aproximaciones actuales. Tomo 2. 2005. Ars médica.*
15. Asociación Psiquiátrica Americana. (1994) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM IV.* Barcelona: Masson.
16. *Esquizofrenia en la infancia y la adolescencia.* J. Thomas, A. Bielsa
17. *Clinical handbook of schizophrenia / edited by Kim T. Mueser, Dilip V. Jeste, 2008.*
18. *Guía Terapéutica para el manejo de la Esquizofrenia, editores Dr. Edgard Belford Dr. Enrique Camarena, Robles Dr. Wázcár Verduzco Frago, Dr. Carlos Sánchez.*

19. Children with schizophrenia: diagnosis, phenomenology, and pharmacotherapy. Spencer EK, Campbell M; Schizophr Bull 1994; 20:713-25.4.
20. First-Episode Psychosis: Psychopathology, Quality of Life, and Functional Outcome; Ashok Malla and Jennifer Payne, Schizophrenia Bulletin vol. 31 no. 3, 2005
21. The American Psychiatric Publishing, Textbook of Schizophrenia, J. Lieberman et col., 2006



CAPÍTULO 13

**TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN LA
POBLACIÓN INFANTO JUVENIL**

DEPRESIÓN EN EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

DR. JUAN CARLOS MARTÍNEZ AGUAYO

DR. EDGARD BELFORT GARBÁN

Los Trastornos del Animo (TA) de inicio temprano son enfermedades crónicas y recurrentes con una elevada probabilidad de persistir en la edad adulta. A pesar de los efectos deletereos sobre el desarrollo, como el *fracaso y abandono escolar*, el *riesgo de suicidio*, su *impacto psicosocial (relacional)* y en la *estructuración del modo de ser* (por un concepto alterado del sí mismo, del entorno y del mundo), los TA han recibido escasa atención en niños y adolescentes.

La **FIGURA I** corresponde al dibujo del diario de vida de una paciente donde representa su infancia, señalando que su enfermedad “marcó” definitivamente ese período de su vida. Acertadamente el Dr. Rodriguez – Sacristan (1998) señala: *“No exagero cuando afirmo que la enfermedad psíquica en la infancia posee una relevancia especial y una trascendencia que supera a la mayoría de las enfermedades que el hombre puede padecer a lo largo de la vida. Muchas son peligrosas, todas alteran la vida de las personas... pero en psicopatología infantil nos encontramos con el hecho sorprendente de hipotecar el futuro personal del individuo, a veces de manera definitiva, hecho que puede hacer sufrir más que la misma muerte...”*



FIGURA 1

Sin lugar a dudas, dentro de los TA el más prevalente es la Depresión, la que en niños y adolescentes no fue reconocida oficialmente en los USA hasta la Conferencia sobre la Depresión en la Infancia del NIMH celebrada en 1975 (en Europa fue reconocida a partir de año 1971); concluyéndose que para diagnosticar depresión en este grupo etario se podrían utilizar los mismos criterios de los adultos si se realizaban las modificaciones adecuadas de acuerdo con la edad y la etapa del desarrollo.

La depresión como enfermedad implica un quiebre biográfico que marca un antes y después (antes no se era depresivo, ahora se es y se está depresivo). Lo central es la tristeza que a diferencia de la tristeza como emoción, en la depresión sería sin causa aparente, que viene para quedarse apoderándose del paciente manteniendo su mente pre-ocupada o previamente ocupada por dicha condición, contaminando todo su campo vivencial, su forma de sentir, de percibir, de relacionarse consigo mismo y con su entorno. El paciente no reacciona o se “pone” triste, el paciente “anda o está triste” (de ahí que se hable de “estado de ánimo”).

Podríamos decir que la depresión ⁽¹⁾ se trata de una disminución global de las funciones mentales normales, presente en todas las etapas del ciclo vital, cuyos síntomas se relacionan con tres alteraciones vivenciales centrales: en el ánimo, en el pensamiento y en la actividad.

Todo se encuentra descendido, en el ánimo hay “tristeza” la mayoría del día y casi todos los días; el pensamiento sufre cambios en su forma (“se torna subjetivamente lento, con dificultades en la capacidad de atención y memoria”) y en su contenido (“el mundo es cogido desde una perspectiva negativa - concordante con el estado de ánimo - , con pérdida del sentido, desesperanza, culpa, ideación suicida, autorreferencia, etc.”); y por último, la actividad puede disminuir por pérdida del deseo (“querer hacer”) o la gana (“sentirse con la energía para concretar un deseo”) o asociarse a un enlentecimiento psicomotor con o sin alteraciones en los ritmos biológicos como hipersomnia diurna y/o insomnio en sus tres formas (de conciliación, medio o de mantención y despertar precoz). Si bien como señalamos las personas deprimidas pueden tornarse menos activos, esto puede ser ocultado por la presencia de ansiedad o agitación.

La Depresión en la Adolescencia incluye el Trastorno Depresivo Mayor y la Distimia, trastornos que deben provocar alteraciones en el funcionamiento biopsicosocial de los adolescentes en una o más áreas de su vida.

Para el DSM – IV ⁽²⁾ la característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, distinguiendo que en niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, los síntomas deben haber aparecido en el paciente como algo nuevo o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio.

Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

Según el DSM IV, frecuentemente, el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o «como en un pozo» (Criterio A1). En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscitada por la entrevista (p. ej., al señalar que el sujeto parece estar a punto de llorar), y algunos quejarse de no sentir emociones, estar angustiados o ansiosos.

La presencia de un estado de ánimo depresivo puede inferirse de la expresión facial y el comportamiento aparente del sujeto.

Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas (p. ej., las molestias y los dolores físicos) en lugar de referir sentimientos de tristeza. Ver

FIGURA 2.

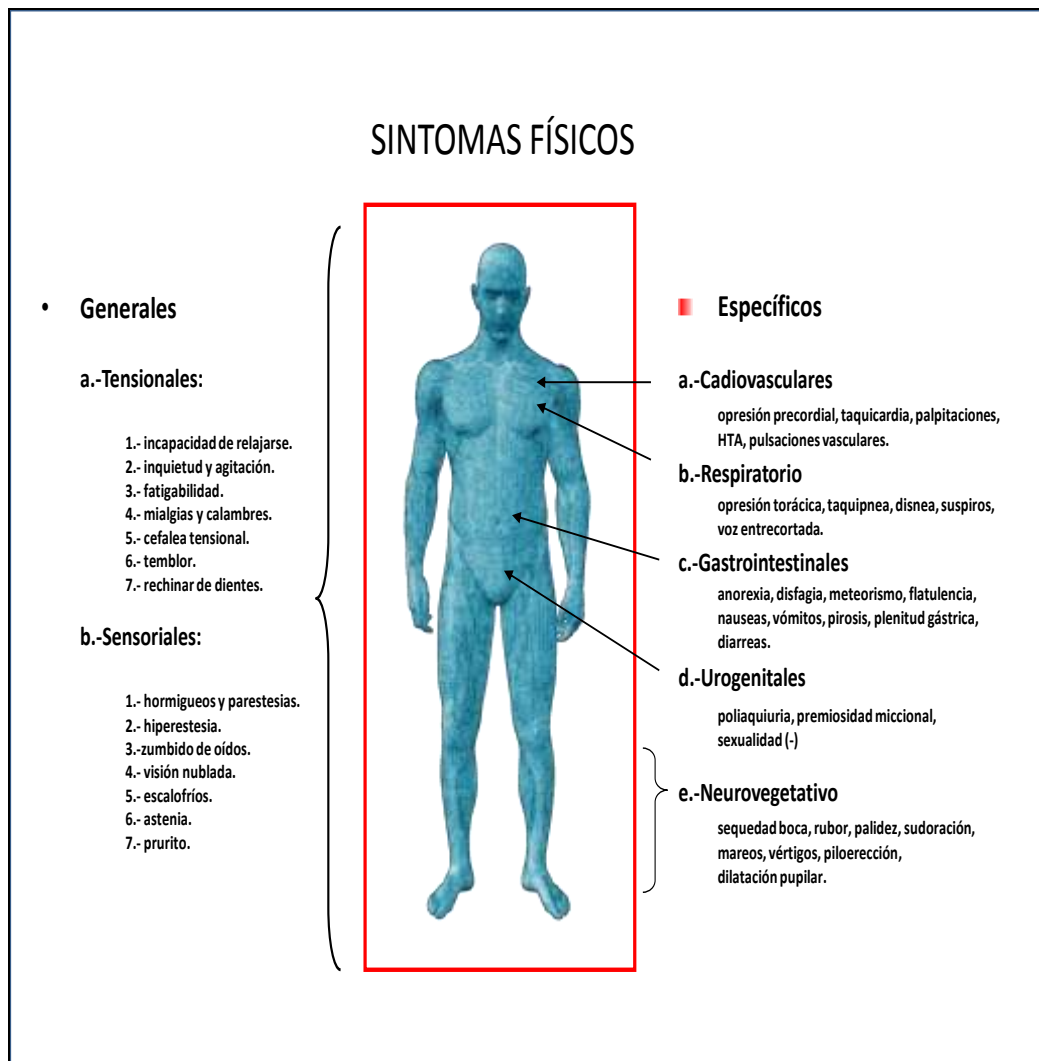


FIGURA 2: SÍNTOMAS FÍSICOS O SOMÁTICOS LIGADOS A LA DEPRESIÓN

Muchos sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad (p. ej., tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, o sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia). En los niños y los adolescentes, más que un estado de ánimo triste o desanimado, puede presentarse un estado de ánimo irritable o inestable. Al respecto - en la práctica clínica - uno observa que la irritabilidad en niños puede ser lo más evidente o llamativo para los adultos, pero en la entrevista la mayoría de las veces puede desprenderse la tristeza o el ánimo depresivo al preguntar directa o indirectamente por él.

Por su parte, algo que podría orientar al ánimo depresivo – si la tristeza no es verbalizada como tal - sería la pérdida del interés por cosas que antes

producían placer o disfrute, restricción en sus intereses habituales, desgano, angustia, insomnio, expectación ansiosa, culpa, llanto fácil, interpretación subjetiva negativa de las vivencias cotidianas (comprensibles desde el estado de ánimo), quiebre en el rendimiento académico, retraimiento social o empobrecimiento en sus relaciones interpersonales, entre otros. Sugerimos remitirse al capítulo de bipolaridad para diferenciar el estado afectivo de ambas patologías.

Ya señalábamos que casi siempre hay pérdida de intereses y de capacidad para el placer en mayor o menor medida. Los sujetos pueden referir el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones, de que «han perdido el interés» o han dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras (Criterio A2). Frecuentemente, los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones (p.ej. un niño puede abandonar actividades deportivas, etc.).

Habitualmente, el apetito disminuye y muchos sujetos bajan de peso (recordemos que la hiperfagia o aumento del apetito es un signo atípico de la depresión). En niños, puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso afectando incluso su aspecto constitucional (Criterio A3).

La alteración del sueño asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor es el insomnio (Criterio A4). Es característico el insomnio de conciliación (quedarse dormido), el insomnio medio (p. ej., despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormir) o el insomnio de despertar precoz (p. ej., despertarse antes de lo habitual y ser incapaz de volver a dormirse). La hipersomnía diurna es menos frecuentemente y constituye un síntoma atípico de depresión. Estos, se quejan de exceso de sueño (hipersomnía) en forma de episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno.

Los cambios psicomotores incluyen agitación (p. ej., incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto) o enlentecimiento (p. ej., lenguaje, pensamiento y movimientos corporales enlentecidos; aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido, o mutismo) (Criterio A5). La agitación o el enlentecimiento

psicomotores deben ser lo bastante graves como para ser observables por los demás y no representar únicamente una sensación subjetiva.

Es habitual la falta de energía (anergia), el cansancio y la fatiga (Criterio A6). Una persona puede referir una fatiga persistente sin hacer ejercicio físico, siendo cualquier tarea o actividad una gran “empresa” o esfuerzo. Puede reducirse la eficacia con que se realizan las tareas. Por ejemplo, el paciente puede quejarse de que levantarse por la mañana es agotador, que tarda el doble de lo normal en vestirse o en estudiar.

El sentimiento de inutilidad o de culpa asociado a un episodio depresivo mayor puede implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor o preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados (Criterio A7). Estos sujetos suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos neutros o triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades. Por ejemplo, un niño puede preocuparse y autorreprocharse por fracasar en sus estudios, culparse por la separación de sus padres por “a veces portarse a veces mal”. El sentimiento de inutilidad o de culpa puede tener un tinte o proporciones deliroides (p. ej., un paciente de nuestra casuística se quejaba que por su culpa había ocurrido el terremoto recién pasado en Chile; en éste caso de habla de deliroides y no delirante ya que la idea si bien es apodíptica es comprensible desde su estado de ánimo, siendo la mayoría de las veces concordante su contenido a dicho estado afectivo). También es frecuente el autorreproche de estar enfermo o de no haber logrado cumplir con las responsabilidades escolares o haber decepcionado a sus padres.

Muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones (Criterio A8). Pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria. Muchos niños y adolescentes son incapaces de funcionar adecuadamente, reflejándose en una baja evidente en su rendimiento académico o en sus notas.

Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas (Criterio A9). Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o

los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio. La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables. Los sujetos con menos riesgo suicida pueden referir pensamientos transitorios (de minutos de duración y recurrentes una o dos veces a la semana). Los sujetos con más riesgo suicida pueden realizar un plan específico.

No se realiza el diagnóstico de episodio depresivo mayor si los síntomas cumplen los criterios para un episodio mixto (Criterio B). Los episodios mixtos se caracterizan por presentar síntomas tanto de un episodio maníaco como de un episodio depresivo mayor prácticamente a diario durante al menos 1 semana. El grado de incapacidad asociado a un episodio depresivo mayor es variable, pero hasta en los casos leves ha de haber un malestar clínico significativo o deterioro psico - social, académico o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio C). Si la incapacidad es grave, el sujeto puede perder su capacidad para relacionarse o dedicarse a sus actividades. En casos extremos el sujeto puede ser incapaz de cuidar de sí mismo (p. ej., comer o vestirse) o de mantener una mínima higiene personal, llegando en estos casos a un estado estuporoso.

Es esencial una buena entrevista clínica para descubrir los síntomas de un episodio depresivo mayor. La información puede verse comprometida por los problemas de concentración y memoria, por la tendencia a negar, restar importancia o justificar los síntomas. La información de otras fuentes es especialmente relevante en niños y adolescentes, debiendo entrevistarse a los padres y solicitar información a profesores u otros. Debe clarificarse el curso de los episodios depresivos actuales o pasados para valorar si ha habido episodios maníacos o hipomaníacos entre las fases depresivas.

Algunos de los criterios de un episodio depresivo mayor son idénticos a los síntomas y signos característicos de las enfermedades médicas (p. ej., pérdida de peso en la diabetes no tratada, fatiga en algunas neoplasias, fatigabilidad y desgano en el hipotiroidismo o en un cuadro anémico, etc.).

Por definición, un episodio depresivo mayor no es debido a los efectos fisiológicos directos de las drogas (p. ej., en el contexto de una intoxicación por alcohol o la abstinencia de cocaína), a los efectos secundarios de los medicamentos (p. ej., corticoides) o a la exposición a sustancias tóxicas. Del

mismo modo, el episodio no es debido a los efectos fisiológicos directos de ninguna enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo) (Criterio D). Además, si los síntomas empiezan antes de transcurrir 2 meses de la pérdida de un ser querido y no persisten más allá de estos 2 meses, generalmente se consideran resultado de un duelo, a menos que estén asociados a un deterioro funcional importante o incluyan preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor (Criterio E) ⁽²⁾.

CRITERIOS DSM – IV PARA DEPRESIÓN ⁽²⁾

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

(1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

(2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. **Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

(4) insomnio o hipersomnia casi cada día.

(5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

(6) fatiga o pérdida de energía casi cada día.

(7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

(8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

(9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

En la **FIGURA 3** se observa lo que se podría definir como los cuatro núcleos sintomáticos de una depresión; aspectos importantes a considerar y evaluar en un niño y adolescente.

Una paciente nos señalaba:

“Mi vida no era así... no sé qué me ha pasado... no logro entenderlo... yo era buena alumna y responsable... ahora me cuesta aprender, no me concentro... me ponen en los cuadernos -sin tarea- porque las olvido... no soy capaz de nada, no tengo las fuerzas ni las ganas, y lo peor es que sigo bajando las notas” (síntomas cognitivos y motivacionales).

“No doy más, no puedo más... tengo una pena que no logro soportar y que vino para quedarse... no puedo sonreír, no disfruto nada... me siento sola sin estarlo, siento que nadie me quiere, que soy un estorbo; sé que no es así, pero lo siento... si me dicen una broma lo tomo como un ataque personal... me pongo a llorar y me encierro en el baño, me da miedo que me pregunten

cómo me siento, me da miedo que me vean así...” (síntomas cognitivos y afectivos).

”Siento mucha culpa, por todo, por preocupar a mis papás, culpa por defraudar a mi familia, culpa por sentirme como me siento, por no hacer las cosas que debo, por dormirme en clases, por pensar que no voy a mejorar de esto... la culpa me ahoga, se me aprieta el pecho, la garganta, me duele el estómago... mareada, con ganas de vomitar” (síntomas cognitivos y físicos).

FIGURA 3: NÚCLEOS SINTOMÁTICOS DE LA DEPRESIÓN



DEPRESIÓN E IRRITABILIDAD

Es fundamental detenernos en este punto y establecer la diferencia fenomenológica de la irritabilidad entre el depresivo unipolar y el paciente bipolar. La irritabilidad de la depresión tiene el acento vivencial en la necesidad de estar solo y alejarse del molesto y agobiador contacto con los demás; el depresivo unipolar se irrita cuando se le “invade” su espacio de

soledad e intimidad, y cuando se le critica su condición anímica: “*vamos, entusiásmate, ... levantante... etc.*”.

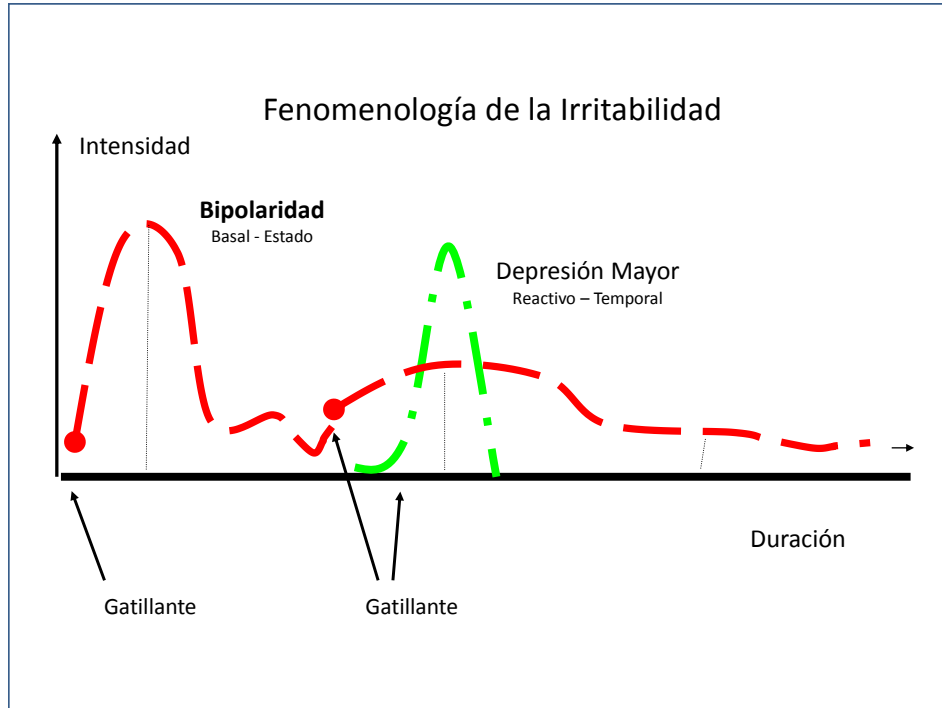
La irritabilidad en el bipolar, más que un reaccionar es un estado (de ánimo), un “estar irritable”, que muchas veces tiene el sello de la urgencia y la demanda, de la necesidad de que los demás se atengan a las reglas propuestas por el propio paciente; y que surge no desde el capricho sino del hecho que el paciente no tolera su propia condición, con una sensación permanente de tensión y desespero.

Las exigencias del BP surgen desde el estado anímico, ya que al estar hiperreactivo, todo le molesta y perturba, de ahí que explote frente a cualquier confrontación u oposición. La obediencia a sus exigencias dinamizaría la explosión de ira, sin embargo, basalmente se encuentra con un sentimiento molesto y doloroso de irritabilidad. El maniaco – *cuando ha perdido totalmente su insight* - crea o genera normas, critica a los otros, posee la convicción de lo que es correcto o verdadero. Se apodera de las relaciones interpersonales en la medida que se siente poderoso u omnipotente frente a los otros. El maníaco realiza en forma unilateral su identidad yoica a través de la imposición de exigencias propias y arbitrarias. Se puede apartar de las reglas sociales, pues no acepta los límites formulados por el otro. De este modo, el maniaco se impone, sin esperar respuesta del otro mientras dura el episodio, para volver a distinguir nuevamente, al alcanzar la eutimia, al otro como otra entidad. Entonces es frecuente observar junto a las ideas de omnipotencia, el demérito de su espacio antropológico y la irritabilidad en la medida que se le obstaculiza. Cuando el paciente bipolar disfórico conserva un buen insight, reconoce su estado como anormal y solicita ayuda buscando aliviar un sentimiento profundamente desagradable. La egodistonia la podemos considerar como una “*molestia por la vivencia del síntoma*” (por lo que siente) [queja de forma], o como una “*molestia con o frente al síntoma*” (por tenerlo) [queja de fondo]⁽³⁾.

En la **FIGURA 4**, comparamos la irritabilidad como “estado de ánimo” del paciente bipolar con la reactiva del depresivo mayor (unipolar). Si bien el bipolar puede exacerbar sus explosiones de ira, mantiene su base irritable, “no se pone, anda irritable”. El paciente unipolar se pone irritable – y si

bien es cierto, reacciona con mayor facilidad que antes de enfermar – no mantiene en el tiempo dicha irritabilidad como el bipolar.

FIGURA 4



DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS

Una dificultad importante particularmente en niños pequeños es que el lenguaje no empieza a utilizarse como medio principal para comunicar información hasta los 7 años aproximadamente. Si no se dialoga con el niño, el evaluador puede centrarse en los síntomas mencionados por los padres (ansiedad, angustia, baja académica o problemas conductuales) y no focalizarse en las vivencias del niño que justifican dichas conductas.

La conducta de un niño normal se parece mucho a la actividad hipomaniaca y cualquier leve variante puede fácilmente pasar desapercibida, por lo que al aparecer los síntomas depresivos los padres podrían identificarlos con mayor facilidad, cometiéndose errores diagnósticos al plantear como hipótesis una depresión mayor y no un trastorno bipolar tipo II.

Del mismo modo, muchos padres pueden no reconocer como patológico el comportamiento de sus hijos, y atribuir el desgano a “una crisis hormonal, de la adolescencia, a desmotivación o flojera”; algo similar puede ocurrir en

relación al quiebre del rendimiento académico, sin pensar nunca en un estado depresivo.

Otra dificultad es que muchas veces los niños y adolescentes presentan síntomas cruzados o similares a otros trastornos como el déficit atencional o los trastornos de la conducta (recordemos que en la depresión puede haber compromiso atencional e irritabilidad, además puede subjetivamente el menor evaluar mal a sus padres y sentirse hipersensibles a la crítica adoptando una actitud oposicionista desafiante comprensible desde el estado afectivo que padece). Por su parte, los trastornos del ánimo pueden ser comórbidos y si no se exploran pueden pasar desapercibidos tras – por ejemplo – una ansiedad de separación, un cuadro fóbico o una ansiedad generalizada.

Ya señalábamos que muchos niños e incluso algunos adolescentes carecen de la capacidad de expresar verbalmente sus emociones, por lo tanto, estos trastornos tienden a presentarse con síntomas somáticos o quejas de “no sentirse bien”; siendo interpretado como una enfermedad física. Por su parte, muchos adolescentes deprimidos (70%) acuden a consultar al nivel primario por dolores físicos de diversa índole: cefaleas, epigastralgia, dolor lumbar o de extremidades.

MANIFESTACIONES DE LA DEPRESIÓN SEGÚN LA EDAD DEL DESARROLLO

En la **TABLA I** se muestran los síntomas según edad propuesto por Harzog y Rothum y cols (1982)⁽⁴⁾.

EDAD	ÁNIMO DISFÓRICO (debe estar presente)	CONDUCTA DISFUNCIONAL (al menos 4 deben estar presentes)
0 – 3	Cara triste o inexpresiva, evitación de la mirada, mirada lejana, afectividad pobre o apática, irritabilidad	Trastornos somáticos, retraso pondoestatural de causa no orgánica, falta de juego social, persistente irritabilidad o letargo, problemas de separación y/o apego, incapacidad de separarse (12-36 meses), separación sin reacción (9-36 meses), dificultades conductuales, retraso del desarrollo (lenguaje y motor especialmente), dificultades de alimentación, dificultades de sueño
3 – 5	Cara triste, mirada de aflicción, irritabilidad, afectividad sombría	Trastornos somáticos, encopresis, enuresis, asma, eccema, menor progreso pondoestatural, aislamiento social, exceso de actividad o letargo, problemas de separación, incluyendo rechazo escolar, conducta agresiva, autoagresión, dificultades de alimentación, dificultades de sueño
6 – 8	Infelicidad prolongada, irritabilidad, afectividad sombría	Trastornos somáticos, quejas vagas, dolores de abdomen, eccema, episodio semejante o convulsiones, asma, enuresis, encopresis, disminución de la sociabilidad, excesiva actividad o letargo, conductas fóbicas y/o problemas de separación, conducta agresiva, mentiras, robos, conducta de alto riesgo, cambios en apetito o peso, trastorno de sueño, disminución de la capacidad de concentración, excesiva culpa o autodepreciación
9 – 12	Apariencia triste, apatía, sentimiento de incompetencia o incapacidad e irritabilidad	Trastornos somáticos, falta de placer en actividades, inquietud, letargo, fobia o problemas de separación, conducta antisocial, conducta de alto riesgo, pensamientos mórbidos, cambios de apetito o peso, trastornos del sueño, disminución en la capacidad de concentración, excesiva culpa y autodepreciación
13 – 18	Apariencia triste, apatía, sentimiento de incompetencia o incapacidad e irritabilidad	Trastornos somáticos, anorexia nerviosa, colitis ulcerativa, dolores abdominales, reacción de conversión, pérdida de placer en actividades, inquietud o letargo, fobias y/o problemas de separación, conducta antisocial, pensamientos recurrentes sobre muerte y suicidio, cambios en el apetito o peso, trastornos del sueño, disminución en la capacidad de concentración, excesiva culpa o auto-depreciación

EN LOS ADOLESCENTES

Los síntomas se asemejan a los exhibidos en los adultos, aunque hay ciertas diferencias evolutivas. Los adolescentes expresan y se conectan menos con el concepto de tristeza y refieren más una sensación de “bajoneo”, y especialmente de irritabilidad. Se observa desinterés o anhedonia, autoestima baja; considerándose inútiles y desesperanzados. Muchas veces experimentan pobre concentración y dificultades de memoria e incapacidad para tomar decisiones. La ideación suicida es frecuente, y puede ser severa. Físicamente se quejan de cansancio, apatía y dificultades académicas por mala concentración tanto en clases o bien cuando estudian.

A menudo, la consulta se genera por: problemas de expresión conductual, bajo rendimiento escolar, baja en las notas o fracaso académico, problemas de concentración, fatiga, aislamiento y ausentismo escolar crónico; y la depresión subyacente no es detectada adecuadamente.

Habitualmente el cuadro clínico puede verse complicado por los trastornos de conducta, conductas sexuales de riesgo y el abuso de sustancias. Se aprecia incremento de la irritabilidad con discusiones o peleas en casa, con profesores o compañeros. Muchas veces no quieren ir al colegio, no desean estar en su casa y pasan mucho tiempo fuera, suelen tener sentimientos de que nadie les quiere. Puede haber conductas de robo como refuerzo emocional, y se observan conductas de búsqueda de contacto sexual, especialmente en niñas, como una forma de obtener atención y afecto, las que se relacionan con baja autoestima y poca confianza en el futuro.

DISTIMIA

Para el DSM ⁽²⁾ la característica esencial del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años (Criterio A). Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o «desanimado». En los niños, el estado de ánimo puede ser irritable más que depresivo y la duración mínima exigida es sólo de 1 año. Durante los períodos de estado de ánimo depresivo hay al menos otros dos síntomas de entre los siguientes: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnias,

falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza (Criterio B). Los sujetos pueden señalar pérdida de intereses y aumento de la autocrítica, viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles. Puesto que estos síntomas se convierten en gran medida en una parte de la experiencia cotidiana (p. ej., «yo siempre he sido así», «esta es mi forma de ser»), es frecuente que no sean referidos a no ser que sean preguntados directamente por el entrevistador.

A lo largo del período de 2 años (1 año en niños y adolescentes), los intervalos libres de síntomas no son superiores a 2 meses (Criterio C). Sólo se puede realizar el diagnóstico de trastorno distímico si no ha habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímicos (Criterio D). Si los síntomas depresivos crónicos incluyen un episodio depresivo mayor durante los 2 años iniciales, el diagnóstico es trastorno depresivo mayor, crónico (si se cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor), o trastorno depresivo mayor, en remisión parcial (si ya no se cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor).

Después de los 2 primeros años del trastorno distímico, pueden sobreañadirse al trastorno distímico episodios depresivos mayores. En estos casos («depresión doble») se diagnostica tanto el trastorno depresivo mayor como el trastorno distímico. Una vez que la persona vuelve a la línea de base distímica (p. ej., dejan de cumplirse los criterios para el episodio depresivo mayor, pero persisten los síntomas distímicos), sólo se diagnostica el trastorno distímico.

No se establece el diagnóstico de trastorno distímico si el sujeto ha presentado alguna vez un episodio maníaco, un episodio mixto, o un episodio hipomaníaco o si alguna vez se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico (Criterio E).

Tampoco se establece el diagnóstico independiente de trastorno distímico si los síntomas depresivos se presentan exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico como la esquizofrenia o el trastorno delirante (Criterio F), en cuyo caso se consideran características asociadas de estos trastornos. Tampoco se diagnostica un trastorno distímico si la alteración es

debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., alcohol, medicamentos antihipertensivos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo) (Criterio G).

Los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral (o escolar) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio H).

Si el inicio del cuadro distímico ocurre en la infancia o adolescencia (antes de los 21 años para el DSM) se debe usar la especificación “de inicio temprano”. Estos sujetos tienen más probabilidades de desarrollar episodios depresivos mayores ⁽²⁾.

Las características asociadas al trastorno distímico son parecidas a las de un episodio depresivo mayor. Varios estudios sugieren que los síntomas más frecuentemente encontrados en el trastorno distímico son los sentimientos de incompetencia; la pérdida generalizada de interés o de placer; el aislamiento social; los sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado; los sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva, y el descenso de la actividad, la eficiencia o la productividad.

En los sujetos con trastorno distímico los síntomas vegetativos (p. ej., sueño, apetito, cambio de peso y síntomas psicomotores) parecen ser menos frecuentes que en los sujetos con un episodio depresivo mayor. Cuando hay un trastorno distímico sin un trastorno depresivo mayor previo, existe un riesgo de presentar un trastorno depresivo mayor en el futuro (el 10 % de los sujetos con un trastorno distímico presentará un trastorno depresivo mayor a lo largo del años).

El trastorno distímico puede ir asociado a los trastornos del desarrollo de la personalidad límite, histriónico, narcisista, por evitación y por dependencia. Sin embargo, la valoración de las características de los trastornos de la personalidad en estos sujetos es difícil, porque los síntomas crónicos del estado de ánimo pueden contribuir a los problemas interpersonales o estar asociados a una percepción distorsionada de sí mismos.

En los niños el trastorno distímico parece presentarse por igual en ambos sexos y provoca frecuentemente un deterioro del rendimiento escolar y de la interacción social. En general, los niños y adolescentes con un trastorno distímico están irritables e inestables, además de tristes. Tienen una baja

autoestima y escasas habilidades sociales, y son pesimistas. En los adultos las mujeres son dos o tres veces más propensas que los varones a presentar un trastorno distímico.

Frecuentemente, el trastorno distímico tiene un inicio temprano e insidioso (p. ej., en la niñez, adolescencia o al principio de la edad adulta), así como un curso crónico. Habitualmente, en el marco clínico, los sujetos con trastorno distímico presentan un trastorno depresivo mayor superpuesto, que suele ser la razón por la que buscan tratamiento. Si el trastorno distímico precede al inicio del trastorno depresivo mayor, es menos probable que se produzca una recuperación completa espontánea entre los episodios depresivos mayores y hay más probabilidades de presentar más episodios posteriores.

En cuanto al patrón familiar, el trastorno distímico es más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de las personas con trastorno depresivo mayor que entre la población general.

Por su parte, el diagnóstico diferencial entre el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor resulta especialmente difícil por el hecho de que los dos trastornos comparten síntomas parecidos y porque sus diferencias en inicio, duración, persistencia y gravedad, no son fáciles de evaluar retrospectivamente.

Normalmente, el trastorno depresivo mayor consiste en uno o más episodios depresivos diferenciados que se pueden distinguir de la actividad normal de la persona, mientras que el trastorno distímico se caracteriza por síntomas depresivos menos graves y crónicos, que se han mantenido durante muchos años. Cuando el trastorno distímico es de muchos años de duración, la alteración de estado de ánimo no puede distinguirse con facilidad del funcionamiento «normal» del sujeto pasando a ser un modo de ser y estar en el mundo contaminando la personificación y el concepto frente a la vida.

DATOS ESTADÍSTICOS Y PREVALENCIA

La Depresión tiene una prevalencia de un 2% en la niñez y de un 4% a un 8% en la adolescencia, aumentando a medida que se avanza en el periodo evolutivo (riesgo de 2 a 4 veces mayor después de la pubertad, especialmente en mujeres). La relación entre mujeres y hombres es de 1:1

en menores 10 años y de 2:1 en la adolescencia. Existen cuadros subsindromáticos que pueden afectar entre un 5% a un 10% de niños y adolescentes. La prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor varía desde 3.3% a 12.4% y para Distimia desde 2.0% a 6,4% ⁽⁵⁾.

Los estudios epidemiológicos chilenos tienen pocos datos con respecto a este grupo de edad los de De la Barra y cols (2004) estudian los diagnósticos psiquiátricos de 114 niños de 6º Básico, con un límite alto de edad de 11 años. Encuentran un 2,4% de diagnósticos de depresión sola, con un 1% adicional de cuadros depresivo-ansiosos ⁽⁶⁾.

VALORACIÓN

Se debe obtener una historia evolutiva que incluya los síntomas psiquiátricos, el tratamiento, la respuesta al tratamiento y los estresores psicosociales.

Debe entrevistarse el niño a solas y con la familia, sus miembros por separado.

Se debe - como señalamos anteriormente -, obtener información de los profesores para confirmar la información con exactitud sobre los síntomas señalados (valoración objetiva al compararlo con otros niños de la escuela), agregando a esto que las demandas presentadas en la escuela son diferentes a las presentadas en casa.

Antes de iniciar tratamiento debe realizarse una exploración física completa descartando patologías médicas que puedan simular un cuadro depresivo.

Dentro de los exámenes de laboratorio se recomienda solicitar, según cada caso, un hemograma completo, electrolitos plasmáticos, creatinina, prueba hepáticas, pruebas de función tiroidea, electrocardiograma, electroencefalograma, TAC cerebral, entre otros.

Por su parte, pueden aplicarse escalas de detección. Entre los instrumentos más utilizados en adultos se encuentran el Beck Depression Inventory (BDI) (escala de Beck para depresión), sin embargo su confiabilidad y validez en adolescentes ha sido discutida.

La escala CDI de Kovacs es una modificación del BDI original, fue validada como escala autoaplicada para niños y adolescentes entre 7 y 17 años y existe en versión larga (27 ítems) y en versión corta (10 ítems), además de

las versiones para padres y profesores ⁽⁷⁾. Cada ítem en la escala recibe un puntaje de 0 a 2 según la presencia o ausencia de síntomas en las dos semanas anteriores: 0 indica ausencia del síntoma, 1 indica síntomas leves, y 2 indica síntomas marcados.

El puntaje final se obtiene de la suma de los puntajes obtenidos en cada ítem. Un puntaje total mayor de 20 en la forma larga o mayor de 7 en la forma corta indica posible presencia de depresión.

FACTORES DE RIESGO

Factores Individuales

Características psicológicas personales previas: baja autoestima, autocrítica alta, sentimientos de pérdida de control sobre eventos negativos, bajo umbral para la angustia, desesperanza, déficit en habilidades sociales y mal manejo de la rabia.

Experiencias adversas, abuso físico y sexual, quiebre de relación de pololeo prolongada, etc.

Historia de ansiedad, trastorno de conducta y abuso de sustancias.

Problemas en el colegio, experiencias repetidas de fracaso y actitud crítica.

Presencia de anomalías, discapacidades físicas o enfermedades crónicas en el adolescente.

Factores Familiares

Eventos vitales estresantes o traumáticos, tal como la muerte del padre, la madre o de otra persona significativa.

Conflicto familiar, mala relación entre padres e hijos; divorcio.

Historia familiar de depresión u otra patología mental.

Aprendizaje de patrones negativos de enfrentamiento al estrés, presentes en el grupo familiar.

Dinámica familiar negativa que colabora en la aparición y mantención de la sintomatología depresiva en adolescentes.

Factores Ambientales y Sociales

Ausencia de Redes Sociales de apoyo.

Sistema escolar poco acogedor y poco protector.

Estilos de Crianza

Los estudios de adultos depresivos, hijos de padres depresivos, y adolescentes depresivos han evidenciado que sus interacciones familiares se caracterizan por presentar más conflictos, más rechazo, menos expresión de afectos, más problemas en la comunicación, más abuso parental, y menos apoyo familiar. La evidencia es abundante al mostrar que las familias con menos apoyo, menos cohesión, menos afectividad, más críticas, hostiles, tensas, y rechazantes se asocian con depresión en la niñez y adolescencia ⁽⁸⁾.

Los estudios concurrentes y longitudinales han concluido que las familias de adolescentes con depresión presentan bajo nivel de apoyo y alto nivel de conflicto ⁽⁸⁾.

Otros estudios en adolescentes han relacionado un estilo de apego del tipo ambivalente con depresión y suicidio al estar el adolescente constantemente focalizándose en sus afectos (y por ende, aumentando la sintomatología depresiva).

Un estudio longitudinal destinado a evaluar los efectos específicos de los distintos sub-tipos de apego desorganizado en la adaptación de niños escolares, encontró que aquellos niños sometidos a crianzas basadas en la inversión de roles, extrema pasividad maternal, y falta de cuidado, se relacionada con aparición de sintomatología internalizante de tipo depresiva y ansiosa ⁽⁹⁾.

Entre otras variables familiares, el divorcio parece generar una serie de estresores secundarios que contribuyen a la depresión en la adolescencia ⁽⁹⁾.

Trauma y Estrés Infantil

El cuidado parental inadecuado, especialmente la negligencia, el maltrato físico y el abuso sexual se asocian a depresión en la niñez y adolescencia. Los niños que han sido maltratados físicamente se encuentran en mayor riesgo de ideación suicida, y este riesgo puede continuar incluso hasta la edad adulta.

Estudios longitudinales han confirmado el hecho de que maltrato en la edad preescolar y escolar contribuye a la aparición de sintomatología externalizante e internalizante, con variables como la competencia social y la autoestima como mediadoras ^(10,11). Egeland (1997) encontró que el 64%

de niños que habían sido abusados en la edad preescolar fueron diagnosticados con depresión a los 17 años ⁽¹⁰⁾.

En un seguimiento de 40 años para evaluar los efectos del apego y el cuidado parental en los primeros años de vida del niño, se encontró que los factores que facilitaban la aparición de depresión a lo largo de la vida eran ^(12,13).

- 1) alguna forma de abuso parental;
- 2) falta de apoyo en la crianza;
- 3) haber experimentado algún evento estresante en el contexto familiar;
- 4) falta de apoyo afectivo por parte de la madre;
- 5) depresión maternal.

EVOLUCIÓN Y COSTOS

Los trastornos depresivos en la adolescencia deben ser tomados seriamente debido las complicaciones potenciales que conllevan y porque constituyen un riesgo para la salud de los niños y adolescentes que los padecen ⁽¹⁴⁾.

El trastorno depresivo mayor tiene un curso clínico prolongado asociado a una elevada carga familiar para trastornos del ánimo y otros trastornos psiquiátricos. La mayoría de los jóvenes deprimidos se recuperan del episodio índice, sin embargo, es importante realizar un tratamiento oportuno y continuo dado que este trastorno se acompaña de efectos deletéreos en el desarrollo normal, en el funcionamiento académico y familiar, con elevado riesgo para recurrencias, conducta suicida y otras condiciones psiquiátricas como el abuso de sustancias ⁽¹⁵⁾.

Diversos estudios prospectivos ⁽¹⁶⁾ han mostrado que la depresión del adolescente se correlaciona con mayor frecuencia de psicopatología en la vida adulta, especialmente depresión ⁽¹⁷⁾. Así mismo, la morbilidad asociada con la depresión infanto juvenil continúa en la vida adulta en un 30% de los casos. Esto, junto al uso de servicios especializados de salud mental, es costoso tanto desde el punto de vista emocional como económico. Este es un trastorno que lleva a maladaptación psicosocial prolongada, con alto riesgo de suicidalidad, de criminalidad, afectando directamente e indirectamente a un alto porcentaje de la población ⁽¹⁾.

El costo económico de no tratar precozmente los trastornos depresivos en la adolescencia sobrepasan con creces los del tratamiento, sea sólo farmacológico o integral ⁽¹⁸⁾. A mediano plazo, el mayor costo económico se produce entre otros por hospitalizaciones repetidas, mientras que a la larga son los días perdidos de trabajo adulto, así como de las licencias médicas prolongadas las principales causas del mayor costo.

TRATAMIENTO

Psicoeducación

La psicoeducación hace referencia a la educación de los miembros de la familia y del adolescente sobre las causas, síntomas, curso, y los diferentes tratamientos de la depresión y los riesgos asociados a estos tratamientos. Este proceso debe hacer que el tratamiento y la toma de decisiones sean transparentes, y deben movilizar a los padres/cuidadores y al adolescente como colaboradores en su propio cuidado.

La depresión se presenta como una enfermedad, no una debilidad personal de quien la sufre, lo que “no es culpa de nadie” sino producto de la intervención de factores genéticos y medioambientales.

Los pacientes, principalmente los adolescentes pueden presentar ciertas distorsiones cognitivas y pensar que la depresión “no es una enfermedad...es una actitud”, “es solo cuestión de voluntad y decisión”, “le da a los débiles”; o bien considerar que “merecen sufrir”, que “nunca van a mejorar”; o preguntarse “¿no es acaso normal deprimirme en mi situación?”.

También los adolescentes podrían pensar “no estoy tan mal como para necesitar medicamentos”, “soy débil, por eso quieren que tome remedios”, “voy a depender de remedios toda la vida”, “los tratamientos no sirven, van a fracasar”, “los efectos secundarios son frecuentes y desagradables, no los toleraré”; o bien señalar: “sólo lo tomaré los días malos”

Por lo anterior, el adolescente y su familia deben estar informados y preparados para lo que es probablemente una enfermedad episódica (episodio único), periódica (recurrente, más de un episodio) y/o, como puede ocurrir, una enfermedad crónica que puede tener un largo período de recuperación.

Esto permite que el adolescente y su familia no se decepcionen si la recuperación es prolongada, y los prepara ante la necesidad de continuar la terapia, permitiendo una mejor adherencia terapéutica.

Los padres también necesitan orientación sobre cómo actuar -cuando ser estrictos y cuando ser más flexibles. Un material escrito y un sitio web confiable sobre depresión y su tratamiento pueden ayudar a los padres y sus hijos a aprender sobre la enfermedad y supervisar el progreso del adolescente y, si el adolescente está tomando medicamentos, los posibles efectos secundarios emergentes. Si bien no hay ensayos controlados sobre el impacto de la psicoeducación, ésta parece mejorar la adherencia al tratamiento y facilitar la recuperación ^(19,20).

Para las familias de adolescente con padres deprimidos, la psicoeducación con o sin más intervenciones han demostrado mejoría en el cómo las familias resuelven los problemas en torno a la enfermedad de padres e hijos, y cómo manejar sus comportamientos y actitudes ⁽²¹⁾.

Además de la familia, el personal de la escuela también requiere de psicoeducación para ayudarles a comprender el modelo de la enfermedad depresiva que padece el alumno, haciendo hincapié en que la confidencialidad de la información entregada es un tema relevante.

El equipo tratante, junto con la familia, debe abogar por algunas consideraciones especiales (por ejemplo, calendario, la carga académica) para enfrentar de mejor forma cualquier dificultad actual hasta que la recuperación se haya logrado; sin embargo, si después de su recuperación, el niño sigue teniendo dificultades escolares, entonces uno debe sospechar que hay todavía algunos síntomas subsindromáticos de depresión o que hay otras patologías (por ejemplo, del aprendizaje, TDAH, problemas de ansiedad y abuso de sustancias, etc.) o factores medioambientales que podrían explicar la persistencia de las dificultades.

Psicoterapia

El criterio de eficacia en la psicoterapia es la disminución de los síntomas depresivos, siendo el enfoque cognitivo conductual el más cercano a ser “eficaz” ⁽²²⁾.

Participación de la familia en el tratamiento

A pesar de la escasa y débil evidencia empírica ⁽²³⁻²⁵⁾, las intervenciones con las familias son una parte importante del trabajo clínico. Estas intervenciones deben tener en cuenta la familia, incluyendo aspectos culturales y religiosos, y debe focalizarse en fortalecer la relación entre el niño o adolescentes y sus padres o cuidadores.

Debe proporcionar orientación para padres (por ejemplo, identificación y manejo de conflictos), reducir la disfunción familiar, y facilitar el tratamiento de referencia para los cuidadores o hermanos con trastornos psiquiátricos y de los conflictos conyugales.

Durante la fase aguda del tratamiento, especialmente si ambos padres e hijos están deprimidos, puede ser difícil hacer un trabajo productivo. El trabajo familiar que se realiza después de algún alivio sintomático todavía es importante porque entre padres e hijos cualquier tipo de conflicto puede asociarse no sólo con la prolongación de los síntomas depresivos, sino también impactar en la recaída y la recurrencia ⁽²⁶⁾.

Incluso en ausencia de terapia familiar formal, es prácticamente imposible tratar con éxito a un adolescente sin la estrecha participación de los padres.

En primer lugar, el equipo tratante tiene que reconocer que la motivación para el tratamiento a menudo proviene de los padres, por lo que, el tratamiento debe incluir asumir un compromiso.

En segundo lugar, los padres pueden observar los aspectos de su funcionamiento o los síntomas que el adolescente vaya presentando.

En tercer lugar, los padres deberían ser capaces de controlar los progresos del adolescente y servir como red de seguridad.

Educación y apoyo ambiental

Los ensayos controlados aleatorios (ECA) con farmacoterapia o psicoterapia han informado de que hasta el 60% de los niños y adolescentes con depresión mayor responden a placebo ⁽²⁷⁾.

De hecho, el tratamiento de soporte (manejo ambiental) comparado con la psicoterapia cognitivo-conductual, es igual de eficaz para las personas con depresión leve. Sin embargo, cuando los adolescentes están más severamente deprimidos y presentan síntomas melancólicos, desesperanza, ideación suicida o comportamientos autolíticos, el tratamiento de soporte es

inferior a la psicoterapia ^(28,29). Por lo tanto, es razonable que en un adolescente con depresión leve, con un discreto deterioro psicosocial en ausencia de tendencias suicidas significativas o psicosis, se inicie el tratamiento con psicoeducación, apoyo y manejo de los estresores ambientales (familiar y escolar). Algunos autores sugieren esperar 4 a 6 semanas para observar la respuesta de terapia de apoyo.

Terapia Farmacológica

Los adolescentes deprimidos tratados con fármacos antidepresivos tienen una tasa de respuesta relativamente buena (40% a 70%), pero la tasa de respuesta placebo no es despreciable ^(30,31).

La **fluoxetina** es el único medicamento aprobado por la FDA para el tratamiento de los niños y adolescentes con depresión, y muestra una mayor diferencia entre la medicación y el placebo comparado con otros antidepresivos. No está claro si esto se debe a diferencias reales en el efecto de la medicación, si es debido a otras propiedades relacionadas de la medicación (su larga vida media puede disminuir el impacto de una mala adherencia al tratamiento), o si los estudios con fluoxetina estaban mejor diseñados y ejecutados o las dosis utilizadas eran más adecuadas para los adolescentes deprimidos.

El hecho de que varios estudios muestren pequeñas diferencias entre los ISRS y el placebo (en parte porque las tasas de respuesta a placebo fueron altas) ⁽³²⁾ podrían sugerir, entre otras cosas, que los síntomas depresivos en los jóvenes resultan sensibles a la gestión de apoyo psicosocial y a la psicoterapia.

Por su parte, otra explicación sería que estos estudios incluyeron adolescentes con depresiones leves, o que – como señalábamos - factores metodológicos son responsables de la falta de diferencia entre la medicación y el placebo (bajas dosis de medicación, ausencia de una psicoeducación, mala adherencia, falta de compromiso por parte de las partes involucradas, tiempo insuficiente en la observación de la respuesta, etc.) ⁽³¹⁾.

Por último, diversos estudios controlados y algunos meta-análisis han demostrado que los antidepresivos tricíclicos no son más eficaces que el placebo para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes y no deben utilizarse como fármacos de primera línea ⁽³³⁾. Por otra parte, estos

fármacos se asocian con una mayor tasa de efectos secundarios que los ISRS y pueden ser mortales después de una sobredosis.

Los ISRS serían entonces fármacos de primera línea por ser efectivos, requerir escasa titulación, tener escasos efectos colaterales, tienen muy baja toxicidad en sobredosis (índice terapéutico elevado, no presentan toxicidad cardíaca ni del sistema nervioso central). Por Su parte, tienen - como grupo - menor probabilidad de inducir interacciones medicamentosas, no producen efectos sedativos significativos ni interacciones aditivas con depresores del SNC.

Los datos publicados a partir de tres ensayos controlados aleatorios (ECA) demuestran la eficacia de la fluoxetina, aunque un cuarto estudio no encontró beneficios ⁽³⁴⁾. Un estudio de Emslie y cols. (1996) ⁽³⁵⁾ en 96 jóvenes deprimidos y un segundo estudio de Emslie y cols. (2002) ⁽³⁶⁾ en 219 jóvenes deprimidos encontraron diferencias significativas entre la fluoxetina y el placebo.

Cheung y cols. (2006) ⁽³⁷⁾ hace un meta-análisis de estudios randomizados y controlados de tratamiento en sujetos menores de 18 años tratados con antidepresivos. En los 16 estudios encontrados se encontró una respuesta mejor en quienes fueron tratados con fluoxetina versus quienes recibieron placebo: 61% vs 35%. La respuesta mejoraba al combinar la droga con terapia cognitiva fue del 71%. Sin embargo, el grupo tratado solo con psicoterapia no respondió mejor (43%) que los tratados solo con placebo (35%).

Otros estudios encontraron también respuestas positivas en comparación con el placebo para la sertralina, citalopram y escitalopram. No se encontró lo mismo en estudios con venlafaxina, nefazodona, mirtazapina.

RECAÍDAS

En los estudios naturalísticos de depresión, para los adolescentes tratados con terapia cognitivo - conductual o bien con antidepresivos (p.ejm., fluoxetina) la tasa de recaída es alta ^(40,41). El riesgo de recaída dentro de los primeros 4 meses de mejoría sintomática es mayor.

En el caso de adolescentes tratados con fluoxetina durante 3 a 6 meses, el tratamiento continuado con dicho ISRS se asoció con una mucho menor tasa

de recaídas (40%) en comparación con el tratamiento con placebo (69%) La alta tasa de recaída en la fluoxetina se contabilizó, al menos en parte, por la mala adherencia al tratamiento ⁽⁴²⁾.

La presencia de síntomas residuales de la depresión tiene relación directa con una mayor tasa de recaída, por lo que, no sólo debe buscarse la respuesta a tratamientos sino también la remisión de los síntomas. Una medida adecuada sería un seguimiento mensual de psicoterapia lo cual daría lugar a una menor tasa de recaídas en adolescentes que recibieron tratamiento agudo antidepresivo sin una continuación posterior del tratamiento ⁽⁴³⁾.

La continuación de la terapia debe prolongarse por al menos unos 6 a 12 meses para todos los adolescentes que han respondido al tratamiento agudo. La suspensión del fármaco podría reservarse para los meses de verano ya que una eventual recaída sería menos perjudicial para el funcionamiento escolar. Sin embargo, es importante señalar que el tratamiento para la depresión también puede ayudar a otros trastornos (por ejemplo, ansiedad) y la suspensión puede acelerar los síntomas de estas otras condiciones.

Durante la fase de continuación, los adolescentes suelen ser visto, al menos, mensualmente, dependiendo de la condición clínica, el funcionamiento, los sistemas de apoyo, los factores de estrés medioambientales, la motivación para el tratamiento, y la presencia de comorbilidad psiquiátrica o problemas médicos.

En esta fase, la psicoterapia consolida las habilidades aprendidas durante la fase aguda y ayuda a los adolescentes a lidiar con las secuelas psicosociales de la depresión, abordando los antecedentes, factores contextuales, los factores de estrés medioambiental, e internos, así como los conflictos externos que puedan contribuir a una recaída. Por otra parte, si el adolescente está tomando antidepresivos, durante las sesiones de seguimiento debe fomentarse la adherencia a la medicación, optimizar las dosis, y evaluar la presencia de efectos secundarios.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-National Institute of Clinical Excellence NICE. Depression in Children and Young People: Identification and management in primary, community and secondary care. National Collaborating Centre for Mental Health. 28, 1-232. 2005. Londres, British Psychological Society. National Clinical Practice Guidelines.
- 2.-Asociación Americana de Psiquiatría: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM – IV. Barcelona, Masson S.A, 1995.
- 3.-Martínez JC, Correa E. Trastorno Bipolar y Trastorno Explosivo Intermitente: Error diagnóstico a propósito de dos casos clínicos. *Trastor Ánimo* 2009; 5: 109-121.
- 4.-Harzog DB, Rathbun JM. Childhood depression developmental considerations. *Am J Dis Child* 1982; 136: 115-120.
- 5.-Saint- Clair B. Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24: 2.
- 6.-De la Barra F, Toledo V, Rodríguez J. Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente: IV: desordenes psiquiátricos, diagnóstico psicosocial y discapacidad. *Rev Chil Neuro-psiquiat* 2004; 42: 259-272.
- 7.-Kovacs M. *The Children's Depression Inventory Manual*. 1992, Nueva York, MultiHealth Systems, Inc.
- 8.-Mc Caluley. *Child Adolescent Psychiatr Clin North America*, 1992: 1: 111-27.
- 9.-Moss. *Dev Psychol* 2004; 40: 519-532.
- 10.-Egeland B. Rochester Symposium on development and psychopathology: Vol.8. The effects of trauma on the developmental processes. Rochester, NY: University of Rochester Press, 1997, 403-434.
- 11.-Cicchetti y cols. En: Hansen DJ, ed. *Motivation and children maltreatment*, Lincoln, University of Nebraska Press, 2000, 85-160.
- 12.-Kobak. *Handbook of developmental psychopathology. Theory and method*. Wiley & Sons, 2006; 333-369.
- 13.-Kobak. *Rochester Symposium on development and psychopathology: Vol.5. Disorders of the self*, Rochester, NY: University of Rochester Press, 1994, 267-297.

- 14.-Preiss M, Remschmidt H. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 2007; 35: 385-396.
- 15.-Birmaher B., Williamson D., Dahl R., Axelson D., Kaufman J., Dorn L., Ryan N. Clinical presentation and course of depression in youth: does onset in childhood differ from onset in adolescence?. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 2004; 43: 1.
- 16.-Colman I, Wadsworth M, Croudace TJ, Jones BJ. Forty-Year Psychiatric Outcomes Following Assessment for Internalizing Disorders in Adolescence. *Am J Psychiatry* 2007; 164 : 126-133.
- 17.-Weissman MM, Wickramatne P, Namura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdelli H. Offspring of Depressed Parents: 20 years later. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1001-1008.
- 18.-Knapp M, McCrone P, Fombonne E. The Maudsley long-term follow up of child and adolescent depression: *Br J Psychiatry* 2002 ; 180: 19-23.
- 19.-Brent DA, Poling K, McKain B, Baugher M (1993c), A psychoeducational program for families of affectively ill children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32:770- 774.
- 20.-Renaud J, Brent DA, Baugher M, Birmaher B, Kolko DJ, Bridge J (1998), Rapid response to psychosocial treatment for adolescent depression: a two-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:1184-1190.
- 21.-Beardslee WR, Versage EM, Van de Velde P, Swatling S, Hoke H (2003), Preventing depression in children through resiliency promotion: the prevention intervention project. In: *The Effects of Parental Dysfunction on Children.* McMahon RJ, DeV Peters R, eds. New York: Kluwer Academic/Plenum Pub, pp 71-86.
- 22.-David-Ferdon C, Kaslow, NJ. Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008; 37: 1, 62-104.
- 23.-Birmaher B, Brent DA, Kolko D. Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:29-36.
- 24.-Diamond GS, Reis BF, Diamond GM, Siqueland L, Isaacs L. Attachment based family therapy for depressed adolescents: a treatment

development study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 1190-1196.

25.-Wickramaratne PJ, Warner V, Mufson L, Weissman MM. Family discord, parental depression, and psychopathology in offspring: ten-year follow-up. *J Am Acad Child Psychiatry* 2002; 41: 402-409.

26.-Birmaher B, Brent DA, Kolko D. Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:29-36.

27.-Cheung AH, Emslie GJ, Mayes TL. Review of the efficacy and safety of antidepressants in youth depression. *J Child Psychol Psychiatry* 2005, 46:735-754.

28.-Mufson L, Weissman MM, Moreau D, Garfinkel R. Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:573-579.

29.-Renaud J, Brent DA, Baugher M, Birmaher B, Kolko DJ, Bridge J. Rapid response to psychosocial treatment for adolescent depression: a two-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:1184-1190.

30.-Bridge JA, Iyengar S, Salary CB. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 2007; 297:1683-1696.

31.-Cheung AH, Emslie GJ, Mayes TL. Review of the efficacy and safety of antidepressants in youth depression. *J Child Psychol Psychiatry* 2005; 46:735-754.

32.-Wagner KD, Ambrosini P, Rynn M. Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder two randomized controlled trials. *J Am Med Assoc* 2003; 290:1033-1041.

33.-Hazell P, O'Connell D, Heathcote D, Henry D. Tricyclic drugs for depression in children and adolescents; 2006. Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group Cochrane Database of Systematic Reviews.

34.-Roma A, Vasa, Anthony R, Carlino, and Daniel S. Pine Pharmacotherapy of Depressed Children and Adolescents: Current Issues and Potential Directions. *Biol Psychiatry* 2006;59:1021-1028.

- 35.-Emslie GJ, Rush AJ, Weinberg WA, Kowatch RA, Hughes CW, Carmody T. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:1031–1037.
- 36.-Emslie GJ, Heiligenstein JH, Wagner KD, Hoog SL, Ernest DE, Brown E. Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents: A placebo-controlled, randomized clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41:1205–1215.
- 37.-Cheung AH, Emslie GH, Maynes TL. The use of antidepressants to treat depression in children and adolescents. *CMAJ* 2006; 174:193-200.
- 38.-Biederman J, Spencer T, Wilens T. Psicofarmacología. En: Tratado de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. Ed., Wiener JM, Dulcan MK. Editorial MASSON, Barcelona, 2006.
- 39.-Kestelman P. Antidepresivos, depresión y otras indicaciones en la psiquiatría de niños y adolescentes. En *Psicofarmacología Infanto-Juvenil*, ed.:Hugo Massei. Editorial POLEMOS, Buenos Aires, 2005.
- 40.-Birmaher B, Brent DA, Kolko D. Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:29-36.
- 41.-Kroll L, Harrington R, Jayson D, Fraser J, Gowers S. Pilot study of continuation cognitive-behavioral therapy for major depression in adolescent psychiatric patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:1156-1161.
- 42.-Emslie GJ, Heiligenstein JH, Hoog SL. Fluoxetine treatment for prevention of relapse of depression in children and adolescents: a double-blind, placebo-controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43:1397-1405.
- 43.-Kroll L, Harrington R, Jayson D, Fraser J, Gowers S. Pilot study of continuation cognitive-behavioral therapy for major depression in adolescent psychiatric patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:1156-1161.
- 44.-Cheung AH, Emslie GJ, Mayes TL. Review of the efficacy and safety of antidepressants in youth depression. *J Child Psychol Psychiatry* 2005; 46:735-754

- 45.-Emslie GJ, Kratochvil C, Vitiello B. Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): safety results. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45:1440-1455.
- 46.-Leonard HL, March J, Rickler KC, Allen AJ. Review of the pharmacology of the selective serotonin reuptake inhibitors in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:725-736.
- 47.-Melvin GA, Tonge BJ, King NJ, Heyne D, Gordon MS, Klimkeit E. A comparison of cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for adolescent depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45:1151-1161.
- 48.-Wilens TE, Wyatt D, Spencer TJ. Disentangling disinhibition. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:1225-1227
- 49.-Boyer EW, Shannon M. The serotonin syndrome. *New Engl J Med* 2005; 352:1112-1120
- 50.-Lake MB, Birmaher B, Wassick S, Mathos K, Yelovich AK. Bleeding and selective serotonin reuptake inhibitors in childhood and adolescence. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2000; 10:35-38.

TRASTORNO BIPOLAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

DESCRIPCIÓN CLÍNICA A PARTIR DE DOS CASOS

DR. JUAN CARLOS MARTÍNEZ AGUAYO

DR. EDGARD BELFORT GARBÁN

INTRODUCCIÓN, DEFINICIÓN Y CONCEPTOS

El trastorno bipolar (TB) es una enfermedad crónica y recurrente, que representa uno de los cuadros psiquiátricos más severos y discapacitantes, difíciles de diagnosticar y tratar. Como su nombre lo indica se caracteriza por la presencia de episodios anímicos polares que fluctúan de un extremo a otro, de la depresión a la manía o hipomanía según el caso.

Clásicamente el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta edición (DSM-IV) divide el trastorno en bipolaridad tipo I (alternancia entre fases maníacas y fases depresivas) y bipolaridad tipo II (fases hipomaniacas y fases depresivas)⁽¹⁾.

En la fase depresiva lo central es una marcada disminución del estado de ánimo (ánimo depresivo o tristeza) la mayoría de los días durante casi todo el día con al menos una duración de 15 días, asociado por lo general a un descenso de la actividad psicomotora.

En la fase maníaca o hipomaniaca existiría un “estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable” con incremento en los niveles de energía y actividad. Durante éste período deben estar presente tres o más de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es irritable en lugar de expansivo o elevado):

- 1.- autoestima exagerada o grandiosidad;
- 2.- disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño);
- 3.- más hablador de lo habitual o verborreico;
- 4.- fuga de ideas o experiencia subjetiva de pensamiento acelerado;

5.- distraibilidad (p. ej., la atención se desvía muy fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes);

6.- aumento de la actividad intencionada (ya sea social, académica, laboral o sexual) o agitación psicomotora;

7.- implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas) ⁽¹⁾.

Por su parte, la hipomanía sería una forma atenuada de manía, de menor duración (al menos 4 días), donde la intensidad de sus síntomas – a diferencia de la manía - no amerita hospitalizar al paciente.

Un tercer tipo de fase anímica (diferente a la depresión y la hipo/manía eufórica o irritable) es el episodio mixto, donde se mezclan síntomas maniacos y depresivos “al mismo tiempo”. El estado mixto ha sido comparado con la “leche achocolatada”, donde la leche se mezcla con el chocolate y se disuelve en una sola, formando una estructura homogénea cualitativamente diferente a cualquiera de sus componentes. A modo de ejemplo, pueden haber elementos depresivos (tristeza e inhibición psicomotora) asociados a pensamiento acelerado (característico de la manía); o bien, co-existir tristeza (de la depresión) con el humor irritable (de la manía).

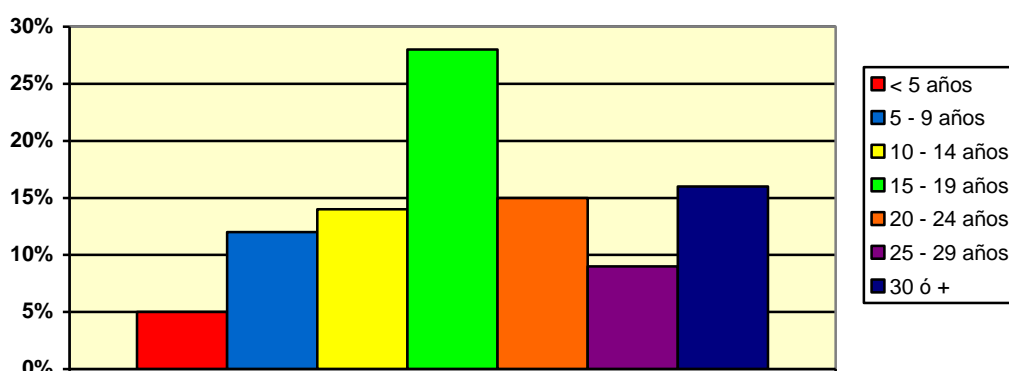
Dedicar un capítulo a la bipolaridad en niños y adolescentes resulta complejo. Los estudios son escasos y las muestras no delimitan ni separan por grupo niños de adolescentes o adultos jóvenes incluyendo – por esto - en una gran “hoya” diferentes tipos de bipolaridad que difieren fenomenológicamente entre sí, recalando que a menor edad más se aleja la expresión clínica del TB de lo observado en adultos, mientras que a mayor edad del adolescente más cercanía al TB clásico del DSM (propio del adulto).

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS Y DEMOGRÁFICOS

El TB es una enfermedad genética, fuertemente heredable y de distribución homogénea según sexo ⁽²⁾. La prevalencia se estima en un 1% (principalmente a expensas del tipo II), con un 5% adicional que presentaría

un cuadro sub-sindromático o inespecífico (bipolaridad no especificada o TB - NOS) en que se no reúnen los criterios DSM para bipolaridad I ó II ⁽³⁾. El inicio del TB se ha limitado a la tercera década de la vida, sin embargo, el 59% iniciaría la enfermedad antes de los 20 años (28% entre los 15 y 19 años de edad) ⁽⁴⁾; y si consideramos que 1/3 de los niños y adolescentes depresivos “unipolares” (versus 10% de los adultos) desarrollará un TB años después ⁽⁵⁾, deberíamos – frente a toda depresión en niños y adolescentes - observar prospectivamente su conversión a TB, buscando activamente cualquier síntoma que oriente a dicha patología. En el **GRÁFICO 1** se observan la distribución por edad los porcentajes estimados en que comenzaría la enfermedad bipolar.

GRÁFICO 1: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL INICIO DEL TB SEGÚN GRUPO ETARIO ⁽⁴⁾.



MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El DSM-IV establece criterios diagnósticos para la bipolaridad del adulto ⁽¹⁾, debiendo extrapolarse dicho patrón clínico a todo rango etario. Esta situación no genera controversia cuando el episodio maniaco se produce en la adolescencia tardía, sin embargo, en niños y adolescentes (menores de 20 años) dicha generalización de criterios resulta problemática al variar los síntomas en función de la edad. Por ejemplo, se dice que las fases afectivas (depresivas e hipo/maniacas) del TB que se inicia en la adultez tienen una expresión fásica/episódica, con un inicio y término bien delimitado. En la infancia y adolescencia el curso es crónico más que episódico con

empeoramientos agudos y breves - seguidos por una merma sintomática que no cede por completo, con escasos períodos de eutimia o “normalidad” ⁽⁶⁾. En un sentido metafórico se ha dicho que las fases en el adulto son una “fogata” que se extingue por completo pudiendo “encenderse” con posterioridad, en cambio en el adolescente “extinto el fuego quedan las brasas”.

A menor edad, menor duración para los episodios tanto depresivos como maníacos y menor remisión o “silencio” interepisódico. Dicho de otra forma, existiría un patrón basal de ánimo crónicamente inestable, con cambios inesperados incluso en un mismo día (ciclación ultradiana) y síntomas mixtos (fundamentalmente a expensas de la disforia: tristeza asociado a irritabilidad) ^(6,7) y síntomas psicóticos en los casos más severos. En la **TABLA 1** se resumen algunas características clínicas del TB según edad de inicio.

TABLA 1.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TRASTORNO BIPOLAR SEGÚN EDAD DE INICIO

	PREPÚBERES ADOLESCENCIA TEMPRANA	ADOLESCENCIA TARDÍA ADULTOS
Episodio inicial	Depresión mayor	Manía
Tipo de episodio	Ciclos rápidos, episodios mixtos	Inicio súbito y término claro
Duración	Crónico, ciclos continuos	Semanas
Funcionamiento interepisódico	No episódico	Mejoría interepisódica

Modificado de Geller y cols (1997) ⁽⁵⁾.

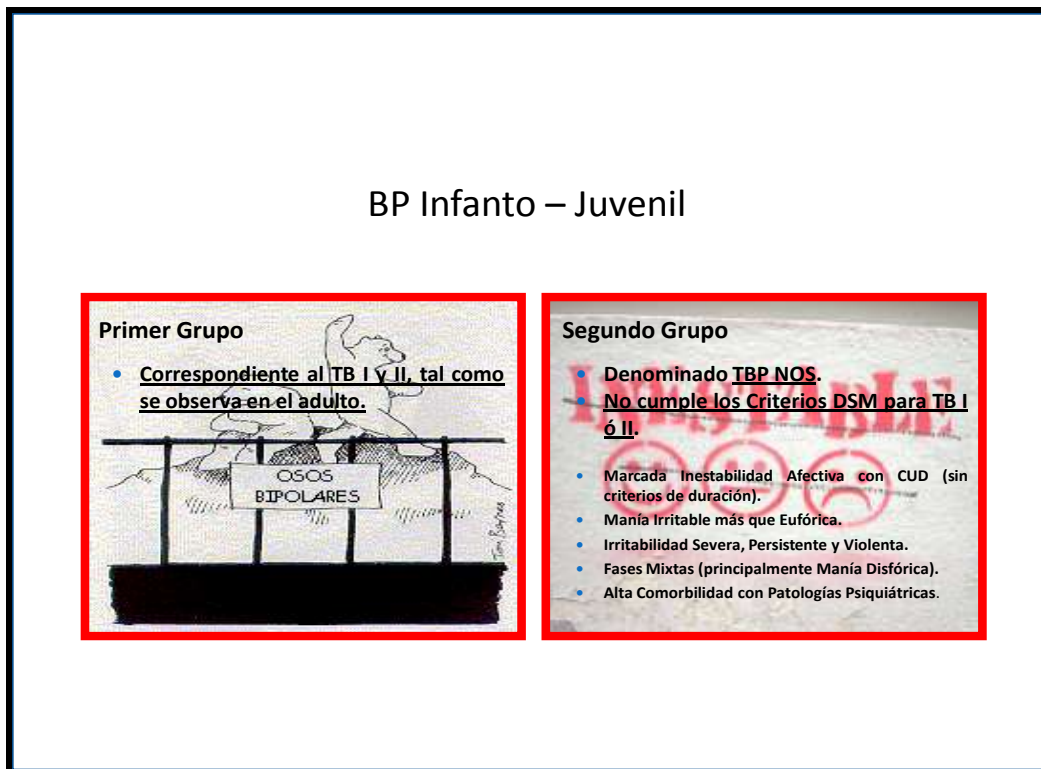
En un intento aclaratorio, el año 2001 un consenso de expertos en bipolaridad infanto – juvenil concluyó la existencia de dos grupos de TB claramente definidos ⁽⁷⁾:

-**El primer grupo**, se compatibiliza con los criterios DSM IV para TB I y II tal como se observa en el adulto. Estos adolescentes tendrían incremento en el nivel de energía (90%), grandiosidad (80%) y otros síntomas convencionales de manía o hipomanía (70 – 85%); en menor porcentaje, fuga de ideas (56%) e hipersexualidad (38%) ⁽²⁾. Como ejemplo

representativo, citamos el caso de un adolescente de 17 años que tras un episodio depresivo mayor (no diagnosticado), comienza bruscamente con exaltación anímica. De ser un alumno “ejemplar”, se torna arrogante, desafía y descalifica a sus profesores tratándolos de ignorantes, interrumpe la clase en forma constante, no prepara sus materia “por considerarlas inútiles y por debajo de sus intereses y capacidades”, dedicándose al estudio de la “matemática avanzada”. Paralelamente, cambia su forma de vestir (viste con gran formalidad), solicita presupuesto para su fiesta de cumpleaños para 500 personas en un club social, envía cartas al diario opinando sobre economía social, dedicando tiempo a dichas actividades hasta altas horas de la noche, requiriendo sólo 2 a 3 horas de sueño. Al examen mental destaca un humor elevado, verborrea (signo de un pensar acelerado), ideas de grandeza y autorreferencia (comprensibles desde el afecto) en que tanto sus pares como profesores y familiares desean dañarlo y “boicotearlo” en sus proyectos por “envidia”. En este caso, se observa claramente un estado maniaco con las características que señalan los criterios diagnósticos del DSM – IV para manía.

-**El segundo grupo**, denominado “bipolaridad no especificada” (TB NOS) no cumple con los criterios DSM IV para TB I ó II. Estos pacientes tendrían una marcada inestabilidad anímica, irritabilidad y agresividad (más que euforia o exaltación), asociado a un alto grado de disfunción académica y social, que evolucionaría en un 25% a bipolaridad I ó II en un plazo de 2 a 4 años ⁽²⁾. Weckerly (2002) sugiere para este tipo de desorden la presencia de (1) una irritabilidad severa, persistente y violenta, (2) un patrón de ciclos ultradiano (es decir, mínimo 365 episodios durante un año de seguimiento), (3) una alta comorbilidad con otras patologías psiquiátricas, (4) antecedentes familiares de bipolaridad, (5) pobre respuesta a tratamiento, y una (6) elevada recurrencia ⁽⁷⁾. Este tipo de bipolaridad es el de mayor prevalencia en pacientes jóvenes representando según Lewinshon y cols (1995) el 87% de los casos ⁽⁶⁾.

FIGURA 1: GRUPOS DE BIPOLARIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ⁽⁷⁾



Por otra parte, Leibenluft y cols (2003) diseñan una clasificación más compleja del TB en la edad pediátrica con fenotipos estrechos, intermedios y amplios que se detallan a continuación que si bien resultan interesantes, sus criterios de inclusión son un tanto rígidos o empíricos ⁽⁶⁾.

1.-Fenotipo estrecho

El niño presenta una historia de cómo mínimo un episodio maniaco o hipomaniaco con todos los criterios *DSM IV*, incluyendo los de duración (7 días para manía y 4 para hipomanía), debiendo exhibir ánimo elevado, expansivo o grandiosidad como síntomas eje.

2.-Fenotipo intermedio

TB NOS subtipo A: Manía o hipomanía no especificada (*NOS*). Se reúnen los criterios *DSM IV* para manía o hipomanía, excepto que los episodios presentan una duración de 1 a 3 días.

TB NOS subtipo B: Manía o hipomanía irritable. Los niños presentan episodios que cumplen los criterios de duración, pero sin episodios caracterizados por humor elevado/expansivo.

3.-Fenotipo amplio: Desregulación anímica y conductual severa

Criterios de inclusión

- a.- **Edad** entre 7 y 17 años, comienzo sintomático antes de los 12 años.
- b.- **Ánimo anormal** (específicamente, tristeza o enojo) presente por al menos la mitad de los días, durante la mayoría de los días, siendo lo suficientemente severo como para ser notificado por aquellos quienes son cercanos al menor.
- c.- **Hiperarousal**, definido como la presencia de mínimo tres de las siguientes características: insomnio*, agitación, distracción fácil, aceleración del pensar o fugas de ideas, presión al habla e intromisión excesiva.
- d.- Comparado con sus pares, los niños exhiben un notable incremento para reaccionar negativamente frente a estímulos, expresado verbal o conductualmente.
- e.- Lo anterior, se remonta a como mínimo doce meses, sin un período asintomático superior a dos meses.
- f.- Los síntomas resultan severos en al menos un ambiente (explosiones violentas o ataques agresivos, tanto en el hogar, colegio, con pares y/o adultos).

Criterios de exclusión

- a.- La presencia de algún síntoma cardinal para bipolaridad como humor elevado o expansivo, grandiosidad o incremento en la autoestima, disminución episódica en la necesidad de dormir *.
- b.- Los síntomas tienen una duración mayor a 4 días.
- c.- La presencia de diagnósticos como esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno generalizado del desarrollo o trastorno de estrés post-traumático.
- d.- Abuso de sustancias en los últimos 3 meses.
- e.- CI menor a 80.
- f.- La atribución sintomática a efectos médicos, neurológicos o por drogas.

(*) Los autores sugieren diferenciar la disminución en la necesidad de dormir con el insomnio inespecífico (pudiendo asociarse éste último a cansancio).

En cuando a los cambios de ánimo, términos generales, los ciclos rápidos en niños se han evidenciado en un rango de 41 a 87,1% ⁽⁸⁾; aunque Geller y cols (1994) señalan que el 100% de los niños de su muestra, bajo los 13 años de edad tenían CR, comparado con 71% en niños por sobre esa edad ⁽⁹⁾. Del mismo modo, Geller y cols (1995), un año más tarde, sugieren la presencia de ciclos ultra-ultra rápidos en aproximadamente el 75% de niños BP ⁽¹⁰⁾, mientras que Kukopulos comunica que la expresión fenotípica corresponde en un 65,9% a cursos ultra-ultra rápidos (o ciclos ultradiada: 365 o más fases en un año), 12,2% a ultra-rápidos (4 o más fases en un mes), 7,3% a ciclos rápidos (4 fases en 12 meses), y 14,6% a un patrón estacional, cuya duración supera los 6 meses ⁽¹¹⁾. En este sentido, la mayoría de los pacientes infantiles tendrían fluctuaciones cortas, a menudo diarias del humor y de la conducta, de variada intensidad, con un curso sub-crónico que por lo general no remite ⁽¹²⁾. Por otra parte, en otro estudio, se encuentra ciclaje ultra-rápido en el 10% de los casos y ciclos ultradiana en el 77%; describiéndose una frecuencia de $3,5 \pm 2,0$ ciclos (*mood swings*) por día, con una extensión promedio de los episodios de $79,2 \pm 66,7$ semanas ⁽¹³⁾.

Considerando los antecedentes expuestos y las características del TB infanto – juvenil, Kowatch y cols (2005) proponen un evaluar los síntomas, a partir del criterio clínico **FIND**, para este trastorno, en ausencia de episodios maníacos según criterio DSM-IV ⁽¹⁴⁾

F (Frequency) Síntomas ocurren la mayoría de los días de la semana.

I (Intensity) Síntomas suficientemente severos para generar una alteración grave en un área del desarrollo, o moderada en dos.

N (Number) Síntomas ocurren tres o cuatro veces diarias.

D (Duration) Síntomas duran cuatro o más horas diarias (no necesariamente continuas). Debiendo siempre considerarse la intensidad y el contexto en que las conductas se presentan para diferenciarlas de una exaltación afectiva no patológica.

VIÑETAS CLÍNICAS

CASO CLÍNICO I

Paciente de sexo masculino de 11 años de edad, cursa 6° año de enseñanza básica con un buen promedio de notas (6,2 de una escala de 1 a 7). Sus padres son separados y vive con su madre de profesión matrona con un nivel socioeconómico aceptable.

El motivo de consulta se fundamenta en una triada sintomática caracterizada por hiperactividad, irritabilidad y agresividad.

Su madre señala: *“Ya no aguanto más... mi vida ha sido un infierno por este niño... no se cómo va a reaccionar... me golpea sin motivo o por cosas sin importancia... lo han suspendido incontables veces, y ya no tiene amigos... es inquieto, se mueve y no para, se irrita por nada y me desafía constantemente”*.

Como antecedentes, ingresa a Kinder a la edad de 5 años, donde manifiesta los primeros síntomas caracterizados por *“malas relaciones con sus pares, explosiones de ira frente a situaciones de frustración... le molesta todo...”*; siendo catalogado como inquieto e impulsivo.

Se plantean los diagnósticos de un déficit atencional hiperactivo impulsivo y oposición desafiante. Recibe metilfenidato 20 mg. / 2 veces al día desde los 6 años de edad en forma irregular hasta los 11 años de edad con respuesta dudosa.

A los 8 años de edad (tercero básico) se separan sus padres. Se torna en ese momento inquieto, impulsivo, irritable, más opositorista y desafiante, con conductas explosivas frente a situaciones desadaptativas. Aparece enuresis, tristeza, llanto facilitado, hipersomnias; y se indica imipramina en dosis ascendente desde 25 hasta 75 mg. / día. Se suspende el metilfenidato en forma temporal manteniendo el antidepresivo tricíclico.

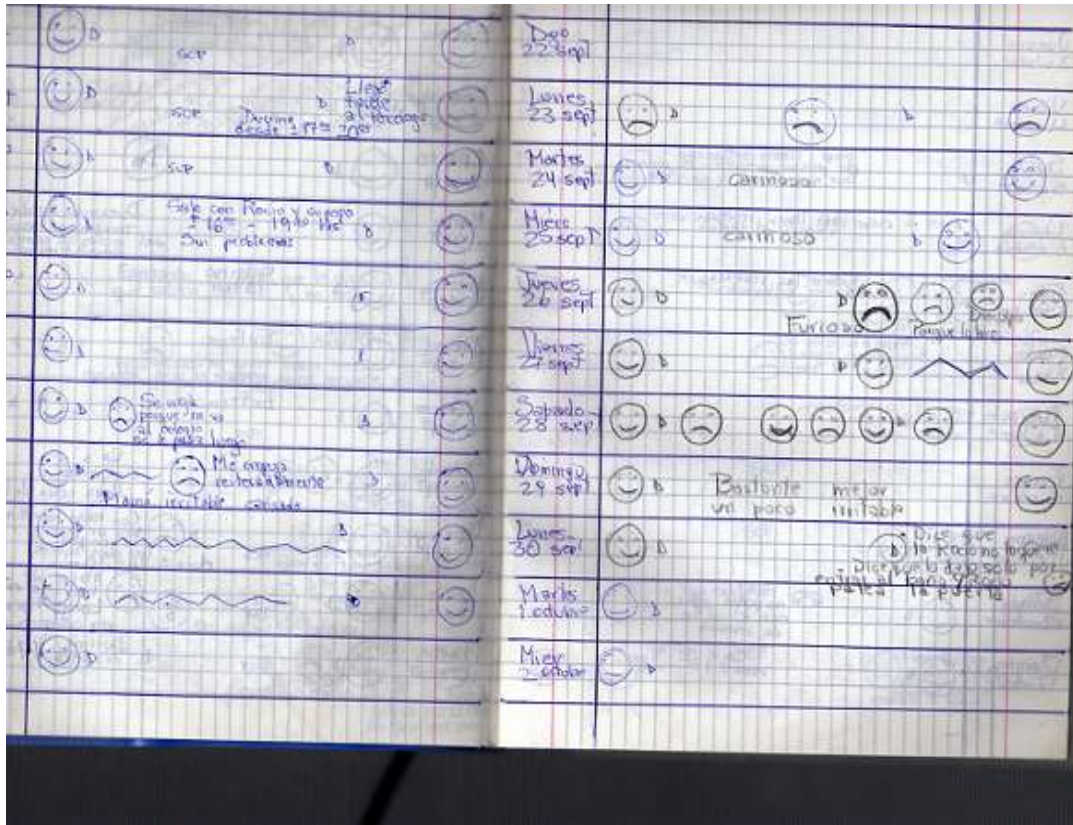
Se plantean los diagnósticos de un episodio depresivo mayor, enuresis secundaria (emocional), déficit atencional hiperactivo impulsivo de tipo combinado y oposición desafiante.

El menor *“se descompensa absolutamente, es un monstruo, muy irritable y agresivo”*. *“No sólo explota, anda irritable en forma permanente. Muy inestable, con ciclación ultradiana que fluctúa desde la irritabilidad como estado de ánimo, a la disforia (irritabilidad con elementos depresivos como*

tristeza permanente, momentos de síntomas exclusivamente depresivos, períodos de eutimia e hipomanía.

Los estudios bioquímicos, escáner de cerebro y electroencefalogramas estándar (n=2) no muestran hallazgos patológicos.

FIGURA 2



En la **FIGURA 2**, se aprecia un registro de ánimo realizado por la madre del menor en que se observa una ciclación ultradiana, con disforias mixtas, es decir, estados de tristeza asociado a “furia” (irritabilidad).

Orientan al diagnóstico de un trastorno bipolar el inicio precoz de la depresión con síntomas atípicos, la inestabilidad afectiva marcada exacerbada bruscamente por tricíclicos, períodos de tristeza e hipersomnía alternados con disforia mixta (tristeza e irritabilidad, donde más que un ponerse o reaccionar es un estar o estado basal) con ciclación ultradiana. Se diagnostica un trastorno bipolar no especificado (NOS) [no cumple criterios de duración ni criterios de manía eufórica]; y se indica ácido valproico 750 mg. x día con lo que disminuye la irritabilidad (síntoma maniaco y mixto). Se agrega lamotrigina titulada lentamente (recordar que con ácido valproico

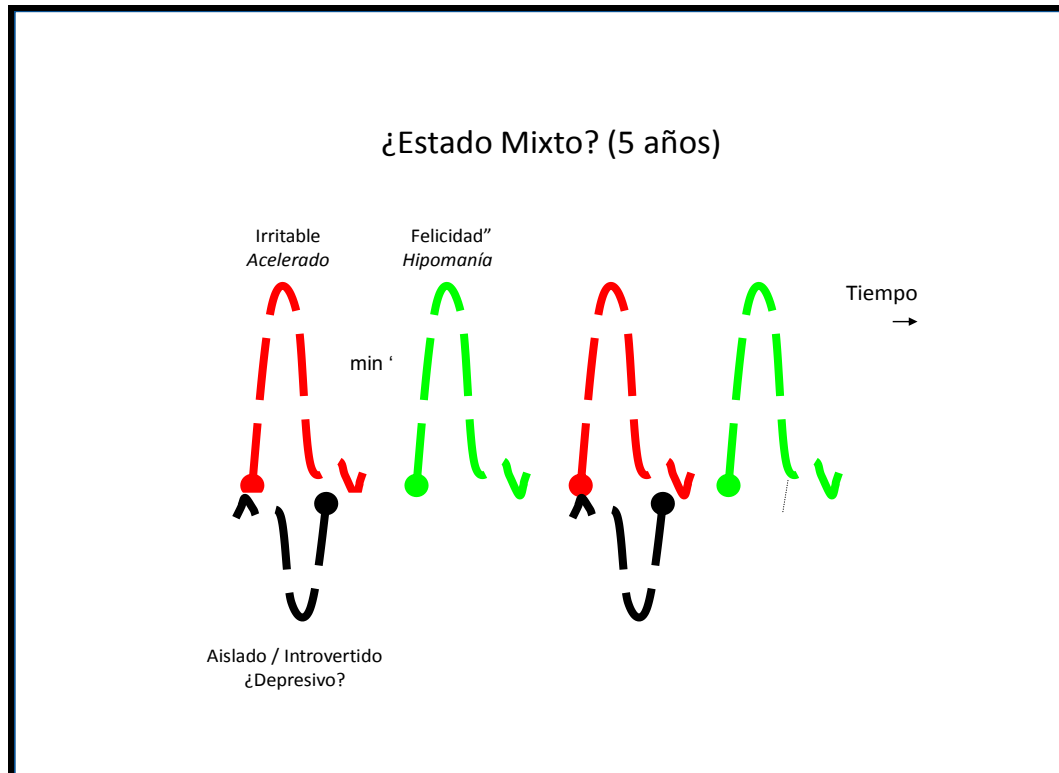
los niveles plasmáticos de lamotrigina son más altos) y con 25 mg. x día comienza a estabilizarse el ciclaje; con 50 mg. x día cede la irritabilidad basal, mejora el humor depresivo y el menor deja de ciclar alcanzando la eutimia.

CASO CLÍNICO II

“Mauricio (9 años de edad) nació con trastorno del sueño de acuerdo a lo que diagnóstico su pediatra junto al neurólogo infantil”, “... le era difícil conciliar el sueño, dormía 10 a 20 minutos de las 24 horas del día, esto fue hasta los dos años de edad”, “...tuvo varios intentos con medicamentos (Periciacina, Zolpiclona, Diazepam, Clorfenamina y otros que no recuerdo), ninguno resultó.; ... no podía suministrarle Nastizol (paracetamol – pseudoefedrina) porque lo aceleraba”.

A los 3 años ingresa al Jardín Infantil, donde manifiesta sus primeras pataletas (pero de horas de duración). A los 4 años comienza a regularizar su dormir logrando conciliar cuatro a cinco horas continuas. A los 5 años se observa *“acelerado, aislado, introvertido, no acepta órdenes... pasa de un estado de irritación a un estado – llamativo - de felicidad en forma rápida (minutos) y sus conductas no se asocian a nada, a ninguna situación de estrés ambiental”.*

FIGURA 3



En la **FIGURA 3** se observa inestabilidad afectiva marcada a los 5 años de edad, con fases probablemente depresivas en que el menor se aísla del entorno con una evidente introversión a lo cual se asocia irritabilidad e inquietud motora (estado mixto), alternado con fases hipomaniacas eufóricas de corta duración, lo que alude a una ciclación ultradiana.

A los 6 años de edad se incrementa la agresividad tanto contra sí mismo como hacia el medio (arroja sillas, cuadernos, golpea a otros niños) *“es muy difícil controlarlo, el castigo físico aumentan su descontrol... y su ánimo sigue fluctuante”*.

A los 6 años y medio *se suma el desánimo, aburrimiento, insatisfacción con todo, aislamiento con sentimientos de soledad y abandono.*

A los 7 años, *...se altera por todo (bromas, equivocar una suma, que su equipo pierda)... no quiere consejos, que le hablen ni le pregunten nada, casi nunca sonríe”*. Empeora la inestabilidad anímica, llora, soledad, piensa

que todos morirán (como interpretación delirioide y subjetiva, pero comprensible desde su estado depresivo – angustioso).

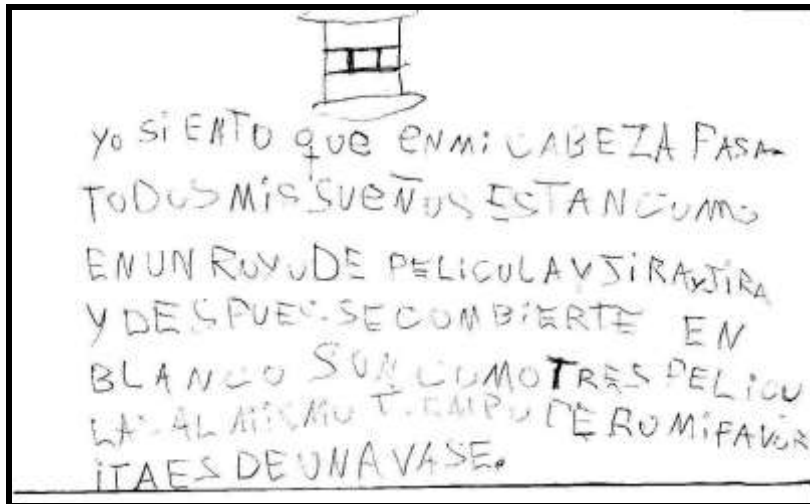
Su madre señala: “El año pasado (2007) [8 años de edad] fue el más difícil... terriblemente irritable, no lograba controlarse... se quedaba mirando el horizonte... pasaba 15 días como un enfermo en cama, triste, sin moverse... se le preguntaba que pasaba y respondía con gritos y de muy mala forma: no se... todo era negro, que se iba a morir, que la gente no lo quería... esos eran sus pensamientos”.

FIGURA 4



En la **FIGURA 4** se observa una irritabilidad basal aislada o asociada a períodos de 15 días de duración en que el menor se aprecia triste, anérgico con inhibición motora, llegando casi al estupor. Corresponde a un estado mixto, dada la asociación de tristeza e irritabilidad en lo afectivo, y psicomotricidad disminuida.

FIGURA 5



En la **FIGURA 5**, se observa un escrito realizado por el menor cuando se explora la esfera del pensar, señalando: “Yo siento que en mi cabeza pasan todos mis sueños, están como en un rollo de película y jira y jira, y después se convierte en blanco... son como tres películas al mismo tiempo...”.

FIGURA 6

Características Clínicas de la Mixtura

Esfera Comprometida	MANIACO	DEPRESIVO
Pensamiento	Acelerado	Lento
Ánimo	Eufórico Irritable	Depresivo
Movimientos	Aumentada	Lentificado Inhibido

En la **FIGURA 6** se aprecia que la clínica del paciente corresponde claramente a un estado mixto. El pensamiento se encuentra acelerado, la motricidad enlentecida e inhibida, y el humor depresivo e irritable.

En mayo de 2007 es derivado como depresión severa y observación de un trastorno bipolar infantil. Se diagnostica un trastorno bipolar no especificado (con fases mixtas y ciclos ultradiana) y se indica oxcarbazepina hasta 1200 mg. / día. La madre señala: “... *su forma de vivir comienza a cambiar paulatinamente, en septiembre comienza a jugar, reír, hace demostraciones de cariño hacia sus padres y cada vez es menos frecuente su descontrol o estados de rabia que él mismo decía no poder controlar*”.

ENFOQUE Y DIFICULTAD DIAGNÓSTICA

El diagnóstico del TB es fundamentalmente clínico siendo en la adolescencia un proceso complejo incluso para los especialistas. De hecho, Reichart y cols. (2004) cuando se le preguntó a 325 psiquiatras de niños y adolescentes la prevalencia diagnóstica de TB encontrada durante los últimos 12 meses en su práctica habitual reportaron cifras del 0.001%, muy por debajo el 1% sugerido en estudios generales ⁽¹⁵⁾. Ésta dificultad se debería a varios factores:

- 1.-El debut del TB puede ser como una fase depresiva (2/3 de los casos) y posteriormente desarrollar una manía; o en el caso de presentarse como fase mixta, es más fácil reconocer los elementos depresivos por sobre los síntomas maniacos, diagnosticándose en ambos casos “depresión mayor” (unipolar) por sobre TB.
- 2.-La manía en el niño y adolescente habitualmente se manifiesta como humor irritable y no eufórico, algo atípico para la bipolaridad clásica (I ó II) donde lo central es la exaltación del ánimo o euforia ⁽⁵⁾.
- 3.-Los síntomas conductuales como la irritabilidad e hiperactividad enmascaran la bipolaridad al estar presente en otros trastornos psiquiátricos de alta prevalencia en niños y adolescentes como trastornos de conducta (TC) y déficit atencional hiperactivo (DAH). Por lo anterior, muchos jóvenes con TB son mal diagnosticados como DAH o TC, y muchos casos severos de DAH y TC son diagnosticados como TB ⁽¹⁶⁾.

4.-Muchas conductas maniacas “como la alegría y la exaltación anímica” podrían ser catalogadas como normales o parte del desarrollo. En la manía, dicha alegría es disruptiva, desajustada o fuera de contexto, causando una significativa alteración en el funcionamiento social y académico general. La grandiosidad puede observarse en la expansividad y sobrevaloración del juego al asumir los pacientes el rol de superhéroes, doctores, dueños de tiendas, jefes y profesores. Si bien esto suele ocurrir como parte del desarrollo -en el denominado “juego simbólico”- dicha creencia se ubica en el contexto de lo lúdico, la fantasía o la broma, sin interferir en el desempeño cotidiano conservándose el criterio de realidad ⁽¹⁷⁾.

5.-Cuando los síntomas maniacos aparecen en la adolescencia, a medida que transcurre el tiempo va in-crescendo su intensidad; por ello, al tener inicialmente menor intensidad, pueden pasar desapercibidos y no recibir tratamiento ⁽¹⁸⁾.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En menores de 20 años la brecha entre la aparición de los síntomas hipo/maniaco – depresivos y el diagnóstico de TB es de aproximadamente 19 años ⁽¹⁹⁾ con un error diagnóstico que alcanza al 60% ⁽²⁰⁾, a expensas del DAH (60%), trastornos de ansiedad (39%), depresión mayor (37%) y trastornos de conducta (21%) ⁽²¹⁾. En la **TABLA III** se observa una modificación de lo propuesto por Geller y cols. (1997) referente al diagnóstico diferencial y condiciones asociadas a la bipolaridad según las diferentes edades ⁽⁵⁾.

TABLA III: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y CONDICIONES ASOCIADAS SEGÚN EDAD

	NIÑOS	ADOLESCENTES	ADULTOS
Trastorno del lenguaje	X		
Déficit atencional con hiperactividad	X	X	
Trastorno de oposición desafiante	X	X	
Trastorno conductual	X	X	
Trastornos de Ansiedad	X	X	
Depresión Mayor (Unipolar)	X	X	
Abuso sexual	X	X	
Esquizofrenia		X	X
Abuso de sustancias		X	X
Personalidad antisocial			X

Modificado de Geller y cols (1997) ⁽⁵⁾

TRASTORNO BIPOLAR Y DEPRESIÓN MAYOR

La fase depresiva bipolar debe diferenciarse de la “enfermedad depresiva mayor” (unipolar). Ambos cuadros son prácticamente idénticos e indistinguibles, por lo que, la similitud clínica obliga a revisar el antecedente mórbido de una fase maniaca previa. En este caso, la depresión actual sería una fase depresiva en el contexto de una bipolaridad y no una enfermedad depresiva mayor. Para Hantouche y cols (1998) ⁽²²⁾, prácticamente no habría diferencia clínica entre la Depresión Unipolar (DU) y Depresión Bipolar (DB) sólo en la prevalencia de pensamientos de muerte o suicidio (mayor en la DB). Del mismo modo, en la escala de Hamilton para depresión, habría también mayor puntuación en los ítems de “suicidio”, “insomnio” (tres ítems) y en la hipersomnía. Ver

FIGURA 7 ⁽²²⁾.



FIGURA 7: Se observa que clínicamente – no existiría diferencia entre la DU y la DB. Ambos “se muestran como la cara de una misma moneda”. En la figura representada por los perros, se muestran “perros blancos” representando la fase depresiva, donde a largo plazo en la bipolaridad tipo I aparecerá la manía (representada como “perros de color negro”, o la hipomanía como “perro de color gris”.

Por lo general, los pacientes pediátricos presentarían síntomas depresivos o disfóricos antes de expresar los síntomas maniacos clínicamente aparentes ⁽²³⁻²⁵⁾. Más de la mitad de los casos pediátricos eventualmente diagnosticados como TB habían presentado previamente los diagnósticos de depresión o distimia, y casi la mitad (48%) de 72 prepúberes con depresión mayor fueron re-diagnosticados a TB transcurridos 10 años de observación (2/3 TB I, 1/3 TB II) ⁽²⁵⁾.

Geller y cols. (2001) estudiaron un grupo de 206 pacientes depresivos unipolares, de los cuales 41 (20%) desarrollaron manía durante un período de observación promedio de 3 años. La edad promedio de transformación fue a los 32,3 años de edad, 6,4 años después del primer episodio depresivo. El 71% de los pacientes que desarrollaron TB, había presentado su primer episodio depresivo antes de los 25 años, comparado con un 32% del grupo no bipolar. Todos los pacientes cuyo primer episodio depresivo ocurrió antes de los 18 años desarrollaron un TB ⁽²⁶⁾.

En esta misma línea, un estudio prospectivo de 5 años, que incluyó 79 niños con depresión mayor, encontró que 10 pacientes desarrolló un TB I y 15 un TB II, con una conversión total de mono a bipolaridad del 32% durante el seguimiento; siendo la historia familiar tri-generacional de enfermedades afectivas el mejor predictor de conversión ⁽⁹⁾.

Se ha sugerido que aquellos pacientes con depresión “unipolar” que presentan antecedente previo de hipomanía inducida por fármacos, historia familiar de bipolaridad, temperamento difícil (hipertímico o ciclotímico), instalación aguda del cuadro, comienzo precoz de la enfermedad (edad menor de 25 años), síntomas atípicos de depresión (enlentecimiento psicomotor, hipersomnias, hiperfagia, síntomas psicóticos, etc.) y patrón estacional; tienen mayor incidencia de viraje a hipo/manía, debiendo ser considerados “potenciales bipolares” ⁽²⁷⁻²⁹⁾.

Para la fase maniaca, el DAH (por la expansividad e hiperactividad) es el diagnóstico diferencial más importante en la preadolescencia y adolescencia temprana. En adolescentes tardíos y adultos, la manía debe diferenciarse de la esquizofrenia y el abuso de sustancias.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD Y BIPOLARIDAD

Las diferencias, semejanzas y asociaciones entre la hiperactividad infantil y la clínica maníaca es, en los últimos tiempos, el aspecto más estudiado y discutido de la bipolaridad en niños y adolescentes ⁽¹⁵⁾. Habitualmente cuando un niño se muestra extremadamente irritable, con una manifiesta labilidad emocional, incluyendo reacciones tormentosas, con crisis

explosivas de cólera, inquietud psicomotora, etc.; es diagnosticado como hiperactivo ⁽³⁰⁾.

En niños de 6 a 12 años, la presencia de síntomas como temperamento difícil (rabietas, pataletas), baja tolerancia a la frustración, impulsividad, agresividad, disminución de la capacidad atencional, hiperactividad, irritabilidad y descontrol; obligan a plantear no sólo los diagnósticos de TC asociado en comorbilidad a DAH, sino que también, y como hipótesis de estudio, un TB de inicio prepuberal. En relación a esto, ya el año 1952, Sadler daba cuenta de niños diagnosticados como DAH que con el tiempo desarrollaban un TB, describiendo 6 casos de niños hiperactivos con un alto grado de “irritabilidad nerviosa”, en quienes las explosiones coléricas solían implicar amenazas o ataques físicos a otras personas, siendo los estados entre una explosión y otra descritos como irritabilidad e ira permanente ⁽³⁰⁾.

Como señalábamos, el DAH y el TB presentan un importante solapamiento sintomatológico que incluye una extensa lista de síntomas asociados con ambos trastornos tales como: distractibilidad, altos niveles de actividad motora, impulsividad, presión al habla e irritabilidad ^(16,30). De hecho de los siete criterios DSM–III–R para episodio maníaco, tres son compartidos por los criterios diagnósticos para DAH: distracción, hiperactividad motora y logorrea; incluso la escasa necesidad de sueño puede ser común a ambos diagnósticos, aunque se presenta en menor grado e intensidad en el paciente hiperactivo ⁽³⁰⁾.

Fristad y cols (1992) con el objeto de determinar la utilidad de la *Mania Rating Scale (MRS)* y la escala de Conners para la discriminación diagnóstica del TB y el DAH, estudiaron 11 pacientes con diagnóstico de TB y 11 niños con diagnóstico DSM–III–R de DAH, sin diferencias de sexo y edad en ambos grupos, encontrando que en la *YMRS* y en la escala de Impresión Clínica Global para Manía (*CGI–M*) se obtenían puntuaciones considerablemente más altas en el grupo bipolar comparado con el grupo de hiperactivos. Sin embargo, al aplicar la escala de Conners de hiperactividad para padres y profesores, ésta no logró discriminar entre manía y DAH, obteniendo ambos grupos de pacientes puntuaciones similares. Los autores concluyeron que la *YMRS* era efectiva en diferenciar manía de DAH, mientras que el Conners no permitía esta discriminación ⁽³¹⁾.

El antecedente familiar de TB podría ser una herramienta válida para diferenciar este cuadro de un DAH. Sin embargo, hijos de padres bipolares pueden presentar un DAH sin desarrollar un TB ⁽³²⁾.

Por lo demás, el niño hiperactivo a lo largo de su vida, no presentaría síntomas psicóticos como alucinaciones o delirios, siendo la respuesta terapéutica favorable con psicoestimulantes, y escasa con carbonato de litio ^(30,33).

El grupo encabezado por Bárbara Geller en la Universidad de Washington, ha presentado hallazgos que apoyan la premisa que el TB puede ser diferenciado del DAH. En un estudio cuidadosamente diseñado, estos investigadores evaluaron 120 niños (60 bipolares y 60 con DAH sin TB) con una entrevista semi-estructurada y compararon las tasas de prevalencia de 16 síntomas maniacales. Los dos grupos fueron intencionalmente compuestos por un número igual de menores entre los 7 y 16 años. Los criterios diagnósticos de bipolaridad fueron más conservadores que los del DSM-IV, requiriendo al menos un episodio de manía con una duración mínima de dos semanas, o un episodio de hipomanía o ciclotimia de dos meses o más. Con excepción de los ítems “hiperenergético” y “distráctil”, todos los ítems de manía fueron significativamente más altos en el grupo bipolar. Por ejemplo, 85% de los niños bipolares presentaban grandiosidad versus 6,7% del grupo hiperactivo; del mismo modo, 86,7% del grupo bipolar presentaba humor elevado, comparado con un 5% del grupo de hiperactivos ⁽³⁴⁾.

A pesar de que estos resultados sugieren que los niños con manía pueden distinguirse de los hiperactivos, los criterios empleados en el estudio de Geller y cols ⁽³⁴⁾ resultan restrictivos, siendo sus resultados aplicables a la bipolaridad I y II y no al TB NOS o al espectro amplio sugerido por Leibenluft y cols (2003) ⁽⁶⁾, la cual corresponde a la mayoría de los fenotipos que caracterizan a los niños bipolares.

Esta misma investigadora, valida la aplicación de la escala *WASH-U-SADS*, cruzando resultados con la información obtenida por reportes de los padres a través de la *Child Behavior Checklist (CBCL)*, y el instrumento *Teachers Report Form (TRF)*, de profesores. Los datos recogidos de padres y educadores permitirían diferenciar el DAH de la bipolaridad basados en

conductas inespecíficas como la hiperactividad y la agresividad ⁽³⁵⁾. En la **TABLA IV** se compara la prevalencia de los 16 ítems de manía entre TB y DAH.

TABLA IV: PROPORCIÓN DE NIÑOS BIPOLARES Y TDAH CON SÍNTOMAS CLÁSICOS DE MANÍA

	% BP (n=60)	% TDAH (n=60)
Grandiosidad	85,0	6,7
Ánimo eufórico	86,7	5,0
Actos temerarios	70,0	13,3
Búsqueda desinhibida de personas	68,3	21,7
Hacer el ridículo (tonteras), risas	65,0	21,7
Fuga de ideas	66,7	10,0
Pensamiento acelerado	48,3	0,0
Hipersexualidad	45,0	8,3
Disminución de la necesidad de dormir	43,3	5,0
Pensamiento agudo	51,7	23,3
Incremento de actividad dirigida a metas	51,7	21,7
Incremento de la productividad	36,7	15,0
Humor irritable	96,7	71,7
Habla acelerada	96,7	78,3
Hiperenergético	96,7	91,7
Distractibilidad	91,7	95,0

Modificado de Geller y cols (1998) ⁽³⁴⁾.

Todos los valores estadísticamente significativos, excepto las dos últimas características.

TABLA V: COMPARACIÓN CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ENTRE DAH Y TB

	DÉFICIT ATENCIONAL HIPERACTIVO		TRASTORNO BIPOLAR PREPUBERAL
	A.-SÍNTOMAS COMPARTIDOS		
1	Con frecuencia habla en exceso	1	Más hablador de lo común
2	Fácil distractibilidad, salta de una actividad a otra	2	Distráctil, constantes cambios de actividad o planes
3	Inquietud	3	Incremento de la actividad, inquietud
4	Dificultad para permanecer sentado		
5	Corre o trepa en exceso en situaciones inapropiadas		
6	Dificultad para jugar en silencio		
7	Anda como impulsado por un motor		
8	Interrumpen o se entromete en asuntos de los demás	4	Pérdida de la inhibición social normal
9	Respuestas abruptas e inadecuadas		
	B.-SÍNTOMAS NO COMPARTIDOS		
10	Olvidadizo en el curso de las actividades diarias	5	Autoestima exagerada o grandiosidad
11	Dificultad para esperar turnos	6	Incremento de la actividad dirigida a metas
12	Dificultad para organizarse	7	Fuga de ideas
13	Pierde cosas	8	Disminuye necesidad de sueño
14	Incapaz de realizar esfuerzo mental sostenido	9	Excesivo involucramiento en actividades placenteras sin considerar consecuencias adversas
15	Aparenta no escuchar lo que se le dice	10	Marcada energía sexual o indiscreciones sexuales
16	Dificultad para seguir instrucciones, comete errores en actividades		
17	Dificultad sostenida para atender		
18	Incapacidad para prestar atención a detalles		

Modificado de Kent L y cols ⁽³⁶⁾.

Geller y col (2002) realizan un nuevo estudio, con el objeto de establecer y aclarar las diferencias clínicas entre ambas entidades. Comparan 93 pacientes bipolares tipo I y II, con 81 pacientes hiperactivos sin TB, y con 94 controles sanos, cuyas edades fluctuaban entre los 9 y 11 años. Los síntomas que mejor diferenciaban un TB de un DAH fueron respectivamente humor elevado (89% vs 14%), grandiosidad (86% vs 5%), fuga de ideas (71% vs 10%), disminución de la necesidad de sueño (40% vs 6%), e hipersexualidad (43% vs 6%). Síntomas como distractibilidad e hiperquinesia no pudieron distinguir un cuadro bipolar de un DAH ⁽³⁷⁾.

TRASTORNO BIPOLAR Y PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA

En niños y principalmente en adolescentes, el TB se acompaña en un alto porcentaje de síntomas psicóticos, y a lo menos un 20% presentan alucinaciones y delirios en forma combinada ⁽²⁾. Esto desvía la atención y hace pensar en esquizofrenia más que en trastorno del ánimo (error diagnóstico de hasta 50%). Dado lo anterior, se recomienda en niños y adolescentes psicóticos evaluar y buscar dirigidamente la existencia de elementos afectivos (depresivos o maníacos) y no asignar a la psicosis anticipadamente el diagnóstico de esquizofrenia ⁽³⁸⁾. Ante la duda orientan a TB el inicio agudo, un buen funcionamiento cognitivo – psicológico y social premórbido, síntomas afectivos indudables previo a la psicosis, antecedentes familiares de trastornos del ánimo de tipo episódico, un buen contacto social actual y concordancia de los síntomas psicóticos con el estado de ánimo (alucinaciones y delirios tienen un correlato depresivo o expansivo según el tipo de fase). En la **TABLA VI** se observa un paralelo entre las características diferenciales de la esquizofrenia y la enfermedad bipolar en adolescentes.

TABLA VI: CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE TB Y ESQUIZOFRENIA DE INICIO INFANTO - JUVENIL

CARACTERÍSTICA	ESQUIZOFRENIA	BIPOLARIDAD
Delirio	> incongruencia afectiva	> mayor congruencia afectiva
Delirio de grandeza	11%	50%
Alucinaciones	80%	23%
Trastornos del pensamiento	> pérdida de las asociaciones	presión al habla
Síntomas anímicos	depresivos en el pródromo y en la fase residual	prominente irritable, humor elevado, humor depresivo, o mixto
Impedimento crónico	> 90%	25 a 40%

Modificado de Pavuluri y cols (2003) ⁽³⁹⁾.

OTROS

En el TB NOS al existir una inestabilidad anímica marcada con irritabilidad y tristeza combinada, los diagnósticos diferenciales más importantes son abuso de sustancia, trastornos adaptativos, de personalidad y conducta.

COMORBILIDAD

La bipolaridad juvenil se asocia a altas tasas de comorbilidad no anímica ⁽¹⁰⁾ con un promedio de 1.7 a 2 patologías asociadas, donde un 24% tendría 3 o más diagnósticos adicionales ⁽⁴⁰⁾. Entre las comorbilidades de mayor prevalencia destacan el TDAH y el TC. La asociación TB y TDAH en menores de 13 años alcanzaría al 63%, entre los 13 y 18 años, 45%; y en mayores de 18 años, 14% ⁽⁴¹⁾. Los trastornos de la conducta – por su parte – estarían presentes en el 22% a 70% de los niños y adolescentes bipolares ⁽⁵⁾, y el abuso de sustancias sería 4 a 5 veces más alto que en la población general ⁽⁴²⁾.

NEUROBIOLOGÍA

Comparado con voluntarios sanos, los pacientes bipolares tendrían un mayor tamaño ventricular y un menor tamaño tanto talámico como del volumen intracraneal, así como una elevada relación glutamato / glutamina en ganglios basales y ambos lóbulos frontales, y un aumento en el cingulado anterior de la relación myo-inositol/creatina. Pese a estos hallazgos, mucho

de ellos son inespecíficos y carecen de fuerza estadística o replicación en estudios posteriores ⁽²⁾.

TRATAMIENTO

El abordaje farmacológico del TB adolescente ha sido pobremente estudiado, sin embargo, el uso tanto de estabilizadores del ánimo como de antipsicóticos atípicos se ha incrementado significativamente durante los últimos años. En una encuesta telefónica, Bhangoo y cols. (2003) encontraron en un grupo de niños bipolares que el promedio de psicofármacos utilizados ascendía a 3,4. Entre ellos, el 98% recibía estabilizadores del ánimo, principalmente ácido valproico (79%) y litio (51%); y un 77% recibía antipsicóticos atípicos como risperidona, olanzapina y quetiapina ⁽⁴³⁾.

Litio

De todos los fármacos que conforman el arsenal terapéutico para el TB infanto-juvenil el litio es el más estudiado, con tasas de respuesta que superan el 50%. Su utilidad está ligada fundamentalmente a depresión bipolar y manía eufórica, no así a manía mixta y a ciclos rápidos. Por su parte, su uso se extiende no sólo a la fase aguda de la enfermedad sino a la fase de mantención con el objeto de evitar recurrencias ⁽⁴⁴⁾.

Entre los efectos secundarios destacan náusea, diarrea, temblor, enuresis, fatiga, ataxia, leucocitosis, y malestar general; los menos frecuentes incluyen efectos renales, oculares, tiroideos, neurológicos, dermatológicos, y cardiovasculares, cambios de peso, crecimiento, diabetes y pérdida de cabello. En cuanto a las medidas de precaución, deben adoptarse las mismas que en la población adulta esto es: control de litemias, hidratación sistemática, control de hormona tiroidea, electrolitos plasmáticos y creatinina ⁽⁴⁴⁾.

Anticonvulsivantes

El divalproato en manía aguda y fase mixta tendría una buena tasa de respuesta (53% - 82%) con dosis de 1000 a 3000 mg/día y niveles séricos útiles entre 50 a 100 ug/ml ⁽⁴⁵⁾.

Si bien la mayoría de los niños tolera bien el valproato, los efectos secundarios más frecuentes son sedación, náusea, vómito, aumento del apetito, incremento de peso, temblor, toxicidad hepática, hiperamonemia, discrasias sanguíneas, alopecia, disminución de la carnitina sérica, defectos del tubo neural, pancreatitis, hiperglicemia, ovario poliquístico y cambios menstruales ⁽⁴⁵⁾.

La mayoría de los reportes de niños y adolescentes con carbamazepina se orientan al control del DAH y TC, no a TB. Sin embargo, en manía aguda ha sido utilizada como monoterapia o asociado a litio. Las dosis generalmente fluctúan entre 10 a 20 mg/kg/día (200 a 600 mg/día) y en adolescentes pueden requerirse dosis de hasta 1200 mg/día. Los efectos secundarios serían relativamente más frecuentes que con litio o placebo ⁽⁴⁶⁾.

La lamotrigina tendría un efecto fundamentalmente antidepresivo y estabilizador de los ciclos rápidos. Se ha usado tanto en fase aguda como en mantención. Como fármaco es bien tolerado y no produciría alteraciones en ninguno de los parámetros de laboratorio, ni cambios en signos vitales o variaciones en el peso. En menores de 16 años, la *FDA* ha señalado que la lamotrigina incrementaría el riesgo de Stevens-Johnson en 1 por cada 10000 pacientes; sin embargo, el rash severo se presentaría en uno de cada 1000 ⁽⁴⁶⁾.

La **TABLA VII** muestra un paralelo entre los diversos estabilizadores del ánimo según dosis inicial, dosis objetiva y niveles plasmáticos útiles.

TABLA VII ⁽⁴⁷⁾: ESTABILIZADORES, DOSIFICACIÓN Y NIVELES PLASMÁTICOS

EA	DOSIS INICIO	DOSIS OBJETIVA	NIVELES SÉRICOS
CBZ	7 mg/k/d, 2-3 dosis día	Basado en respuesta y nivel sérico	8 -11 ugr/ml
GAB	100 mg, 2-3 veces día	Basado en respuesta	NA
LMT	12,5 mg/día	Aumento semanal según respuesta (habitualmente 50 a 200 mg.)	NA
LI	25 mg/k/día	30 mg/k/día, en 2 a 3 dosis diarias	0,8-1,2 mEq/L
OXC	150 mg, 2 x día	20 a 29 Kg: 900 mg/día 30 a 39 Kg: 1200 mg/día >39 kg: 1800 mg/día	NA
TOP	25 mg/día	100 a 400 mg/día	NA
DVP	20 mg/k/día, 2 dosis día	20 mg/k/día, 2 a 3 dosis día	50-100 ugr/ml

EA (estabilizador del ánimo), Cbz (carbamazepina), Gab (gabapentina), Lmt (lamotrigina), Li (carbonato de litio), Oxc (oxcarbazepina), Top (topiramato), Dvp (divalproato), NA (no aplicable). Modificado de Kowatch y cols (2005) ⁽⁴⁷⁾.

Antipsicóticos atípicos

Los antipsicóticos atípicos han sido útiles en manía aguda, en depresión bipolar (principalmente olanzapina y quetiapina) y en prevenir recaídas posteriores a algunas de las fases. Por su parte, el efecto antipsicótico sería importante principalmente en adolescentes donde la manía tendría más sintomatología psicótica y esquizofreniforme que en los adultos. En la **TABLA VIII** se resume un paralelo entre los antipsicóticos más usados en TB según dosis inicial y dosis objetiva diaria.

TABLA VIII: ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS Y DOSIFICACIÓN EN TB INFANTO-JUVENIL ⁽⁴⁷⁾

GENÉRICO	DOSIS INICIO (MG)	DOSIS OBJETIVO (MG/DÍA)
Clozapina	25 mg, 2 veces por día	200 a 400
Olanzapina	2,5 mg, 2 veces por día	10 a 20
Quetiapina	50 mg, 2 veces por día	400 a 600
Risperidona	0,25 mg, 2 veces por día	1 a 2
Aripiprazol	2,5 a 5,0 mg, 2 veces noche	10 a 25

Modificado de Kowatch RA y cols (2005) ⁽⁴⁷⁾

RESUMEN

Pese a un creciente interés y reconocimiento, la bipolaridad en niños y adolescentes resulta un desafío diagnóstico incluso para los clínicos más experimentados.

Con el objeto de precisar la fenomenología y mejorar la validación clínica del TB de inicio precoz se han descrito dos grandes grupos. En el primero, los síntomas se correlacionan estrictamente con el TB I ó II del DSM-IV; y en el segundo (TB no especificado) los síntomas no cumplen con los criterios tanto clínicos como de duración para las distintas fases de la enfermedad. Éste último sub-tipo representa la mayoría del TB en el adolescente, y se caracteriza por inestabilidad afectiva, ciclos ultradiana, irritabilidad y fases mixtas.

Por su parte, el entrecruzamiento clínico con patologías de alta prevalencia como el déficit atencional hiperactivo y los trastornos de conducta hacen complejo el diagnóstico diferencial lo que lleva a subdiagnosticar el TB adolescente.

Finalmente, dado que al menos uno de cada tres niños y adolescentes con depresión evolucionaría a TB debemos buscar activamente cualquier síntoma que nos oriente a dicha patología en dicho rango de edad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-American Psychiatric Association. Trastornos del estado de ánimo. En: American Psychiatric Association editores. Washington DC: Masson, 1994; 323-399.
- 2.-Youngstrom EA, Birmaher B, Findling RL. Pediatric bipolar disorder: validity, phenomenology, and recommendations for diagnosis. *Bipolar Disorders* 2008; 10: 194–214.
- 3.-Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR. Bipolar disorder in a community sample of older adolescent: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 454-463.

- 4.-Lish J, Aime M. The national depressive and manic-depressive (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord* 1994; 31: 281-291.
- 5.-Geller B, Luby J. Child and adolescent bipolar disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1168–1176.
- 6.-Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE. Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 430-437.
- 7.-Weckerly J. Pediatric bipolar mood disorder [review]. *J Dev Behav Pediatr* 2002; 23:42–56.
- 8.-Tillman R, Geller B. Definitions of rapid, ultrarapid, and ultradian cycling and of episode duration in pediatric and adult bipolar disorders: a proposal to distinguish episodes from cycles. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2003; 13: 267–271.
- 9.-Geller B, Fox LW, Clark KA. Rate and predictors of prepuberal bipolarity during follow-up of 6-to-12 year old depressed children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 461–468.
- 10.-Geller B, Sun K, Zimmermann B, Luby J, Frazier J, Williams M. Complex and rapid-cycling in bipolar children and adolescents: a preliminary study. *J Affect Disord* 1995; 34: 259–268.
- 11.-Koukopoulos A. Rapid Cycling and Mixed States in Adolescents and the Elderly: A parallelism. Presentado en la Fifth International Conference on Bipolar Disorder. June 12 – 14, 2003
- 12.-Akiskal HS. Developmental pathways to bipolarity: are juvenile – onset depressions pre – bipolar? *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 754–763.
- 13.-Geller B, Tillman R, Craney JL. Four-year prospective outcome and natural history of mania in children with a prepuberal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 459–467.
- 14.-Kowatch R, Fritsda M, Birmaher B, Wagner K, Findling R, Hellander M. & the Child Psychiatric Workgroup on Bipolar Disorder. Treatment Guidelines for Children and Adolescents with Bipolar Disorder. *J Am Acad Child and Adolescent Psychiatry* 2005; 44: 213-235.
- 15.-Reichart CG, Nolen WA. Earlier onset of bipolar disorder in children by antidepressants or stimulants?, an hypothesis. *J Affect Disord* 2004; 78: 81–84.

- 16.-Kim EY, Miklowitz DJ. Childhood mania, attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder: a critical review of diagnostic dilemmas. *Bipolar Disord* 2002; 4: 215–225.
- 17.-Geller B, Zimmermann B, Williams M, Del Bello MP, Frazier J, Beringer L. Phenomenology of prepuberal and early adolescent bipolar disorder: Examples of elated mood, grandiose behaviors, decreased need for sleep, racing thoughts and hypersexuality. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2002; 12: 3-9.
- 18.-McGlashan TH. Adolescent versus adult onset of mania. *Am J Psychiatry* 1998; 145: 221-223.
- 19.-Boullosa O. Trastorno bipolar infanto-juvenil. En Akiskal HS, Cerkovitch-Bakmas MG, Garcia-Bonetto G, Strejilevich SA, Vásquez GH, editores. *Trastornos bipolares: conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos*. Primera edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires 2007; p 179-1988
- 20.-Akiskal H. Cuestiones sobre el diagnóstico y el tratamiento del trastorno bipolar en niños y adolescentes. En: Akiskal H. *Revisión general del trastorno bipolar*. Latin American Bipolar Disease Experts Meeting. Panamá 2004. pp. 9-12.
- 21.-Faedda GL, Baldessarini RJ, Glovinsky IP. Pediatric bipolar disorder: phenomenology and course of illness. *Bipolar Disord* 2004; 6: 305–313.
- 22.-Hantouche EG, Akiskal HS, Lencrenon S, Allilaire J-F, Sechter D, Azorin J-M, et al. Systematic clinical methodology for validating bipolar-II disorder: data in mid-stream from a French national multi-site study (EPIDEP). *J Affect Disord* 1998; 50:163–73.
- 23.-Wozniak J, Biederman J, Kiely K, *et al.* Mania – like symptoms suggestive of childhood – onset bipolar disorder in clinically referred children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 867–876.
- 24.-Faedda GL, Baldessarini RJ, Suppes T, *et al.* Pediatric-onset bipolar disorder: a neglected clinical and public health problem. *Harv Rev Psychiatry* 1995; 3: 171–195.
- 25.-Egeland JA, Hostetter AM, Pauls DL, *et al.* Prodromal symptoms before onset of manic-depressive disorder suggested by first hospital admission histories. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 1245–1252.

- 26.-Geller B, Zimmerman B, Williams M, *et al.* Bipolar disorder at prospective follow-up of adults who had prepuberal major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 125–127.
- 27.-Akiskal HS, Walker P, Puzantian VR, *et al.* Bipolar outcome in the course of depressive illness phenomenologic, familial, and pharmacologic predictors. *J Affect Disord* 1983; 5: 115-128.
- 28.-Benazzi F. Antidepressant-associated hypomania in outpatient depression: A 203 – case study in private practice. *J Affect Disord* 1997; 46: 73-77.
- 29.-Akiskal H, Hantouche E, Allilaire J, *et al.* Validating antidepressant-associated hypomania (bipolar III): a systematic comparison with spontaneous hypomania (bipolar II). *J Affect Disord* 2003; 73: 65–74.
- 30.- Toro J. Trastornos bipolares en niños y adolescentes. En Vieta E, Gastó C. (Eds.). *Trastornos bipolares*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 1997
- 31.-Fristad MA, Weller EB, Weller RA. The mania rating scale: can it be used in children? A preliminary report. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 252–257.
- 32.-Wagner KD. Diagnosis and treatment of bipolar disorder in children and adolescent. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (suppl 15): 30-34.
- 33.-Giedd JN. Bipolar disorder and attention-deficit / hyperactivity disorder in children and adolescents. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: (suppl 9): 31–34.
- 34.-Geller B, Williams M, Zimmermann B, *et al.* Prepuberal and early adolescent bipolarity differentiate from ADHD by manic symptoms, grandiose delusions, ultra-rapid or ultradian cycling. *J Affect Disord* 1998; 51: 81–91.
- 35.-Geller B. Prepuberal and young adolescent bipolarity versus ADHD: assessment and validity using the WASH-U-KSADS, CBCL and TRF. *J Affect Disord* 1998; 51: 93-100.
- 36.-Kent L, Craddock N. Is there a relationship between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder? *J Affect Disord* 2003; 73: 211–221.
- 37.-Geller B, Zimmermann B, Williams M, *et al.* DSM-IV mania symptoms in a prepuberal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to

attention-deficit hyperactive and normal controls. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2002; 12:11–25.

38.-Carlson GA, Fennig S, Bromet EJ. The confusion between bipolar disorder and schizophrenia in youth: where does it stand in the 1990s? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 453–460.

39.-Pavuluri MN, Habener ES, Sweeney JA. Psychotic symptoms in pediatric bipolar disorder. *J Affect Disord* 2004; 80: 19-28.

40.-Post RM, Chang KD, Findling RL. Prepubertal bipolar I disorder and bipolar disorder NOS are separable from ADHD. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 898–902.

41.-Mick E, Biederman J, Faraone SV. Defining a Developmental Subtype of Bipolar Disorder in a Sample of Nonreferred Adults by Age at Onset. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2003; 13: 453-462.

42.-Kovacs M, Pollock M. Bipolar disorder and comorbid conduct disorder in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34:715–723.

43.-Bhangoo RK, Lowe CH, Myers FS. Medication use in children and adolescents treated in the community for bipolar disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2003; 13:515-522.

44.-Correa E, Martínez JC, Fernández A. Carbonato de litio en la enfermedad bipolar. En: Correa E, Silva H, Risco L, editores. *Trastornos bipolares*. Primera edición. Santiago de Chile 2006; p 333-355.

45.-Ivanovic-Zuvic F. Anticonvulsivantes en el trastorno bipolar. En: Correa E, Silva H, Risco L, editores. *Trastornos bipolares*. Primera edición. Santiago de Chile 2006; p 356-375.

46.-Holmgren D, Martínez JC, Grau A. Trastorno bipolar de inicio precoz. En: Correa E, Silva H, Risco L, editores. *Trastornos bipolares*. Primera edición. Santiago de Chile 2006; p 255-292.

47.-Kowatch RA, Del Bello MP. Pharmacotherapy of Children and Adolescents with Bipolar Disorder. *Psychiatr Clin N Am* 2005; 28: 385-397.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

DRA. LELIS NAZARIO

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de conducta alimentaria se componen de un espectro de enfermedades que mayormente debutan en la niñez. Estos tienen como eje principal un sentir de insatisfacción con el peso y/o con la imagen corporal basada en ideas sobrevaloradas o distorsiones de la percepción de lo que debe ser el peso y la silueta ideal. Se identifican por la incapacidad de mantener un peso saludable debido a conductas patológicas que causan disfunción social significativa. Durante el transcurso de la enfermedad, muchos pacientes pueden ir de un extremo a otro dentro de este espectro haciendo difícil su clasificación. Estas condiciones suelen ser ego-sintónicas, por tanto los pacientes no suelen reconocer o admitir que tienen una condición médica que requiere tratamiento representando un gran reto para los proveedores de salud. El tratamiento en estos casos requiere la intervención de un grupo interdisciplinario con conocimiento especializado en la materia, que provea un cuidado integrado y coordinado.

DEFINICIÓN

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales IV-Edición Revisada de la Asociación Psiquiátrica Americana¹ (DSM IV-TR por sus siglas en inglés) hay cuatro criterios esenciales requeridos para el diagnóstico de anorexia nerviosa. El primer criterio establece que los pacientes con anorexia rehúsan mantener un peso corporal mínimo normal para su edad y talla. El peso de estos pacientes se encuentra por debajo del 85% de lo esperado debido a la pérdida significativa de peso o a no alcanzar la ganancia esperada para la etapa de desarrollo en que se encuentran. Segundo, estos pacientes presentan un miedo intenso a subir de peso o a engordar aún cuando su peso se encuentra por debajo de lo

esperado. Tercero, los pacientes presentan disturbios con la percepción del peso y su silueta, se dejan influenciar demasiado por estos a la hora de evaluarse, o se encuentran en negación en cuanto a la seriedad de su bajo peso. Por último, en el caso de las mujeres pospuberales, estas deben presentar ausencia de tres periodos menstruales consecutivos o amenorrea sin tomar hormonas. Los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud en la CEI 10² se encuentran en la **Figura 1**.

FIGURA 1: CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES CIE 10; CRITERIOS DE LA OMS

F50.0 ANOREXIA NERVIOSA

Trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres maduras hasta la menopausia. La anorexia nerviosa constituye un síndrome independiente, en el siguiente sentido:

- a. Los rasgos clínicos del síndrome son fácilmente reconocibles, de tal forma que el diagnóstico resulta fiable con un alto grado de concordancia entre clínicos.
- b. Los estudios de seguimiento han demostrado que, de entre los enfermos que no se recuperan, una proporción considerable continúa mostrando de manera crónica las características principales de la anorexia nerviosa.

Pautas para el diagnóstico:

Deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

- a) Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet1 de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.
- b) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: 1) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- c) Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- d) Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
- e) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía.

Excluye:

Anorexia, falta de apetito (R63.0). Anorexia psicógena (F50.8).

De acuerdo con el manual, existen dos tipos de anorexia. El primero es el tipo restrictivo donde el paciente no tiene periodos de comer compulsivamente o atracones, tampoco recurre a conductas compensatorias inadecuadas o purgas como el uso de laxantes o diuréticos, o inducción del vómito durante el episodio corriente. El otro tipo es el compulsivo/purgatorio donde el paciente recurre regularmente a atracones,

episodios donde el paciente come grandes cantidades de comida seguido por conductas compensatorias inadecuadas o purgas incluyendo el uso de laxantes o diuréticos, o inducción del vómito durante el episodio corriente. Por otro lado, el DSM IV-TR¹ establece cinco criterios para el diagnóstico de bulimia. El primero establece la presencia de episodios recurrentes (atracones) donde el paciente ingiere una cantidad de comida excesiva para cualquier persona dentro de un periodo de tiempo de dos horas o menos. El paciente experimenta durante el episodio una sensación de falta de control sobre lo que se está comiendo. El segundo criterio establece la presencia de conductas compensatorias inadecuadas (purgas) y recurrentes para evitar subir de peso incluyendo inducción del vómito; el uso de laxantes, enemas diuréticos u otros medicamentos; periodos de ayuna; o la práctica de ejercicio excesivo. Tercero, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren por lo menos dos veces a la semana durante tres meses. El cuarto alude a la influencia excesiva de la silueta y el peso en la autoestima o imagen propia. Por último, el trastorno no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa. Los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud en la CEI 10² se encuentran en la **Figura 2**.

FIGURA 2: CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES CIE 10; CRITERIOS DE LA OMS

F50.2 Bulimia nerviosa

Síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida. Este término debería restringirse a las formas del trastorno que estén relacionadas con la anorexia nerviosa por el hecho de compartir la misma psicopatología. La distribución por edades y sexo es similar a la de la anorexia nerviosa aunque la edad de presentación tiende a ser ligeramente más tardía. El trastorno puede ser considerado como una secuela de la anorexia nerviosa persistente (aunque también puede darse la secuencia contraria). A primera vista, un enfermo previamente anoréxico puede parecer que está mejorando a medida que gana peso e incluso recupera la menstruación si es mujer, pero entonces surge una forma maligna de comportamiento caracterizado por sobrealimentación y vómitos. Los vómitos repetidos pueden dar lugar a trastornos del equilibrio electrolítico, a complicaciones somáticas (letanía, crisis comiciales, arritmias cardíacas o debilidad muscular) y a una mayor pérdida de peso.

Pautas para el diagnóstico:

Deben estar presentes todas las alteraciones que se refieren a continuación de modo que constituyen pautas diagnósticas estrictas. Dentro de cada pauta pueden aceptarse algunas variaciones, tal y como se indica:

- a) Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.
- b) El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.
- c) La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor u larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

Incluye:

Bulimia sin especificar.
Hiperorexia nerviosa.

La bulimia presenta también con dos tipos. En el primero tipo es el purgativo donde el paciente exhibe conducta compensatoria de tipo purgante incluyendo inducción de vómitos, o el uso de laxantes, diuréticos o enemas. El segundo tipo es el no purgativo donde el paciente recurre a otras

conductas compensatorias incluyendo ejercicio físico intenso y/o ayuno, pero no recurre a provocarse el vómito, ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

La mayoría de jóvenes que presentan con trastornos alimentarios no cumplen con los criterios clínicos para las previas condiciones. En el DSM IV-TR¹, los trastornos de la conducta alimentaria no especificados podrían representar variantes subsindromales de los mismos. Esta categoría incluye los siguientes escenarios: aquellas mujeres que cumplen con todos los criterios de anorexia excepto por pérdida de menstruación, aquellos que cumplen con los criterios de anorexia pero el peso se encuentra dentro de los parámetros normales a pesar de una pérdida significativa de peso aquellos que cumplen con los criterios de bulimia excepto por frecuencia y duración, aquellos que recurren a mecanismos de compensación inapropiados a pesar de haber ingerido poca cantidad de alimentos aquellos que mastican y escupen sin tragar grandes cantidades de comida, trastorno de atracones: aquellos con episodios de atracones que no son seguidos por las conductas compensatorias inapropiadas características de bulimia. El curso de estos trastornos, sus manifestaciones clínicas, los resultados y los enfoques terapéuticos son similares a los síndromes completos.

EPIDEMIOLOGÍA

Se cree que ha habido un aumento en la población de niños y adolescentes presentándose a clínicas de tratamiento con trastornos de conducta alimentaria en la última década que podría explicarse por varios factores incluyendo tendencias en la población general, cambios en acceso y utilización de servicios de salud, y mejoras en el reconocimiento y diagnóstico de la condición³. Un estudio con una muestra de niños americanos entre las edades de 9 a 14 años reportó que 7.1% de los varones y 13.4% de las niñas mostraban conducta relacionada a problemas alimentarios^{4, 5}. En un estudio de niños que cursaban del 3ro a 6to grado, Maloney et al. reportaron que 45% de los niños querían ser más delgados, 39% había tratado de perder peso y 6.9% obtuvo puntuaciones en el rango de alto riesgo en una prueba de actitudes alimentarias⁶.

La anorexia es una enfermedad severa que afecta aproximadamente 0.5-1% de pacientes a través de sus vidas. Las mujeres constituyen 90-95% del total, mientras que los hombres constituyen sólo una décima parte^{7, 8}. Aunque se creía que la anorexia impactaba solamente a pacientes caucásicos de clase media-alta, estudios recientes indican que la condición es prevalente entre todas las clases sociales y etnias⁹. Anorexia es doblemente común en las adolescentes, con una edad promedio de origen de 15 años, aunque puede comenzar a presentarse desde la niñez temprana¹⁰. Es la causa más común de pérdida de peso en mujeres jóvenes y de admisiones a servicios hospitalarios de niños y adolescentes¹⁰. A su vez es la enfermedad psiquiátrica con la tasa cruda de mortalidad más alta, constituyendo aproximadamente 5.6% por década de enfermedad^{8,11}.

En un artículo de revisión de literatura, Steinhausen (2002) encontró que menos de la mitad de los pacientes (46%) se recuperan completamente, mientras que una tercera parte mejoran parcialmente o perseveran con síntomas residuales, y un 20% desarrolla un cuadro crónico¹². Por otro lado, estudios epidemiológicos reportan como 1% la prevalencia de bulimia entre adolescentes y mujeres jóvenes. Las mujeres son las más afectadas y su pico de comienzo es entre los 17 a 25 años de edad. Se ha comprobado que solo un subgrupo de estos está en tratamiento y probablemente son aquellos con más disturbios alimentarios y niveles más altos de psicopatología¹³.

ETIOLOGÍA Y FISIOPATOGENIA

No hay una sola causa que explique el origen de los trastornos de conducta alimentaria, más bien hay que considerar orígenes multifactoriales. Por lo general, los síntomas se manifiestan desde la adolescencia temprana y representan deficiencias en las destrezas de adaptación. Estos síntomas podrían percibirse como una solución patológica a los retos que se presentan durante el desarrollo¹³. Utilizando el modelo biopsicosocial, estas condiciones existen debido a las interacciones complejas entre los factores sociales, psicológicos y biológicos. Sigman (2003) presenta los trastornos alimentarios como un ciclo constituido por fenómenos que persisten y cambian en presencia de factores que los sostienen y no se resuelven hasta que otros factores aparecen e interrumpen el ciclo. Estos factores

interactúan para el desarrollo del ciclo y se dividen en contextuales, de riesgo, precipitantes y perpetuantes¹⁴.

Los factores contextuales son aquellos que podrían ser conducentes para el desarrollo del trastorno, pero no se consideran como etiológicos. Entre estos se incluyen: las actitudes culturales, los medios, la influencia de los pares y el descontento con la imagen corporal. Inicialmente se entendía que los trastornos alimentarios eran más comunes en países industrializados donde las culturas exhiben las siguientes características: la comida es abundante, la delgadez es deseada y valorada por la cultura, y existe una orientación hacia la consecución de logros. En estas culturas desafortunadamente la delgadez se asocia con el éxito y surge la presión de mantener un ideal corporal que no concuerda con la realidad. Por tanto, los pacientes tienden a sobrevalorar el enflaquecimiento, distorsionar la percepción de la apariencia física y evitar la ingesta de comida para lograr su ideal. El hecho de que no todos los individuos en la sociedad padecen de esta condición nos hace pensar que sólo los individuos susceptibles la desarrollan. Factores ambientales que pueden aumentar el riesgo al desarrollo de trastornos alimentarios pueden ser exposición de la madre a estrés durante el embarazo, al igual que complicaciones perinatales y parto prematuro^{4, 15,16}. Al presente, la globalización ha sido precursora de que este ideal no ocurra solo en los países industrializados, sino que se haya generalizado a todas partes del mundo. A través de los diferentes medios de comunicación (cine, televisión, internet, magazines) se destaca la idealización de la delgadez. Se piensa que esta exposición a lo que se dictamina como ideal de silueta puede ser una de las causas de la inconformidad con la apariencia física observada. El ser mujer también representa un riesgo ya que la cultura les impone una demanda mayor hacia la delgadez que a los hombres. La comparación entre pares sobre la figura del cuerpo y las burlas hacia aquellos que se alejan del ideal contribuye a la prevalencia de la enfermedad. Más aún, la interacción entre estos factores abre el camino para el descontento con la imagen corporal.

Los factores de riesgo, incluyendo factores personales y familiares, interactúan con los factores contextuales descritos produciendo susceptibilidad para el desarrollo de estos trastornos alimentarios. Los

factores personales incluyen las susceptibilidades biológicas y genéticas, los rasgos de personalidad y las características psiquiátricas. La obesidad se encuentra entre estos factores de riesgo ya que algunos de estos pacientes han presentado inicialmente con un historial previo de obesidad. Estos pacientes recurren a bajar de peso como posible solución para sus problemas de identidad que afloran. A los inicios del proceso de la pérdida de peso, familiares y amigos refuerzan el mismo a pesar de que este sea un proceso extremo y poco saludable. Por otro lado, la personalidad de los pacientes anoréxicos refleja conflictos relacionados a control y tendencias a sentirse culpables cuando no obtienen resultados perfectos. Estos tienden a ser obsesivos, perfeccionistas y auto críticos¹⁷. Al llegar a la adolescencia, se topan con la problemática de enfrentar mayores retos y diferentes expectativas a las cuales responden maladaptativamente a través de las preocupaciones somáticas. Los pacientes bulímicos tienden a caracterizarse por la impulsividad, autocrítica, y ánimo disfórico o inestabilidad afectiva en respuesta a eventos interpersonales^{18, 19}. Muchas de las características de personalidad de los anoréxicos tienden a ser similares para los bulímicos, pero los últimos tienden a ser más impulsivos y a experimentar las emociones negativas más intensamente. A su vez, los pacientes bulímicos tienen mayor nivel de coraje que los anoréxicos²⁰. Otro factor de riesgo los son las comorbilidades psiquiátricas que añaden un riesgo mayor a las dificultades de por si enfrentadas por los retos del desarrollo. Considerando rasgos de trastornos de personalidad, los pacientes bulímicos presentan más características del grupo C sobre todo de la personalidad fronteriza, pero también antisocial, histriónica y narcisística^{20, 21}.

Del mismo modo, hay patrones familiares que se desarrollan en respuesta a la conducta de estos jóvenes. En muchas ocasiones, las madres de por sí sufren de un trastorno alimentario sirviendo de modelo para sus hijos^{22, 23}. Cuando el paciente rehúsa comer, el ambiente familiar se torna tenso y los padres se vuelven hostiles, intrusivos, oscilando entre sobreprotectores versus no serlo, por tanto no pueden controlar a su hijo(a) efectivamente. Además, estas familias tienen dificultad para permitir la libre expresión de emociones negativas, tales como el coraje o la tristeza, y/o proveen una cantidad desbalanceada de motivadores extrínsecos impidiendo el desarrollo

óptimo del sentido de seguridad propia o de control del ambiente. Offner (1997) encontró que las familias de pacientes con estos trastornos son menos cohesivas, menos expresivas, más conflictivas, menos independientes y más orientadas hacia el éxito que familias sin los trastornos^{20, 24}.

Los factores precipitantes son aquellos que provocan la crisis y conjunto con los factores anteriores contribuyen al comienzo del ciclo de estos trastornos. La adolescencia de por sí representa un estresor mayor por los retos que se enfrentan tales como la presión hacia el éxito social y académico en un mundo que se torna mucho más competitivo. Se suman a esto los cambios que sufre el cuerpo a razón de la pubertad. Durante este periodo el adolescente lucha por definir su identidad y por ser más independiente, a la vez que está más consciente de su cuerpo. Los jóvenes que están a mayor riesgo son los que tienen dificultad para ejercer con libertad sus selecciones, para ser espontáneos y para poder adaptarse a los cambios tanto físicos como síquicos. Otros factores precipitantes incluyen eventos que se afrontan en la vida tales como mudanza de hogar o escuela, pérdidas como la muerte de un familiar o mascota, complicaciones médicas, divorcio, discordia familiar, discusión con amistades o un evento que los ridiculice. Al enfrentarse con estos eventos, la respuesta del paciente anoréxico es de convertir su foco de obsesión en la dieta, así evita enfocarse en los problemas emocionales que le resultan amenazantes. En el caso de los bulímicos, los cuales suelen ser más impulsivos, cuando algo les perturba entran en ciclos repetitivos y descontrolados de atracones y purgas que son un tanto disociativos removiéndoles de aquellas emociones problemáticas¹⁴. Abuso sexual también ha estado relacionado a estos trastornos, pero se especula que estas experiencias, que son causa de estrés psicológico, pueden inducir estos trastornos en personas vulnerables a los mismos²⁰.

Por último, los factores perpetuantes son aquellos que sostienen el ciclo vivo a pesar de lo que se pueda percibir por alguien normal como consecuencias adversas. El más importante es el factor biológico. Se entiende que para el desarrollo de los trastornos alimentarios se necesita una predisposición genética. Estudios realizados con gemelos y familias sugieren que los trastornos alimentarios son enfermedades genéticas

complejas y que tienen un factor hereditable estimado entre 50 a 83%¹⁴. La inanición produce efectos de cambios psicológicos, tales como: obsesión por la comida, cambios en estado de ánimo y conductas aberrantes relacionadas al comer. Por otro lado, cuando un (a) joven algo sobrepeso comienza a perder libras, los halagos y comentarios de apoyo a sus esfuerzos se convierten en refuerzos para continuar la dieta. Esa respuesta de las familias al rechazo a la comida constituye un factor perpetuante. Las reacciones de los padres pueden ser bastante emocionales, tanto de tristeza, coraje o miedo y se convierten en atenciones poco saludables que sirven de sostén o contribuyen a empeorar la conducta. Otros padres refuerzan la conducta complaciendo las demandas irracionales de estos jóvenes, como comprarles artículos de dieta y permitirles rutinas extenuantes de ejercicios, implicando que son alternativas aceptables. Además, la conducta aberrante que sostiene el proceso de inanición tiene un significado para el adolescente que refleja su conflicto interno. El rechazo a comer pese a la insistencia de los demás puede ser una alternativa viable para la expresión de rebeldía. La restricción de comida puede ser una forma de mantener un control poco saludable sobre su cuerpo y su ambiente. Las complicaciones de la inanición como la amenorrea y el retardo en crecimiento pueden confortar a la adolescente que tiene miedo de crecer y enfrentar los retos que trae como consecuencia la pubertad. Las emociones negativas como ansiedad, tristeza o miedo pueden ser sustituidas por distorsiones de estar gorda o sentirse llena, recurriendo a la dieta o al ejercicio para compensar. De esta manera, logran bloquear la concientización de estas emociones y sus incrementos evitando el dolor a través del sentido de logro por la pérdida de peso continua. La restricción de alimentos también puede ser una forma de expresar ideales de competencia y de logros.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Treasure et al. (2010) informan que la inanición tiene muchos efectos adversos en los jóvenes impactando su funcionamiento y desarrollo. El cerebro suele ser particularmente vulnerable a este proceso ya que este usa alrededor del 20% de la ingesta calórica y es dependiente de glucosa. Durante la adolescencia, periodo en el que emerge el diagnóstico, este efecto se agrava ya que el cerebro se encuentra en periodo de

reorganización. El resultado es un achicamiento en el tamaño del cerebro lo cual es asociado a rigidez, desregulación emocional y dificultades sociales^{4, 25}. Hallazgos en estudios de resonancia magnética han demostrado agrandamiento de los ventrículos laterales y surcos corticales correlacionando con el grado de pérdida de peso^{10, 26}.

Estos investigadores sugieren que anomalías en el sistema central de control de apetito pueden tener un rol en el riesgo de adquirir la enfermedad y en su mantenimiento. Este sistema central se compone de tres sistemas: sistema homeostático, localizado en el tallo e hipotálamo, afecta la sensación sugestiva de hambre, saciedad y actividad autonómica; sistema de impulsos, distribuido por la corteza mesolímbica y el estriado, registra el valor de recompensa asociado a la comida y está envuelto en la motivación de buscar comida y comer; y el sistema de autorregulación del cual se contextualiza el apetito con las metas, valores y significado.

Por último, estos científicos indican que se han observado variaciones en la función de las monoaminas en el cerebro asociadas a los trastornos alimentarios. Los receptores 5HT_{2A} se encuentran reducidos, a la vez que los receptores 5HT_{1A} están aumentados tanto en la fase aguda como en la recuperación, y los receptores dopaminérgicos (DA₂) dentro del estriado se encuentran aumentados luego de la recuperación^{4, 27}. Anomalías en el sistema dopaminérgico podrían intensificar la recompensa de comida^{17, 28}. Jimmerson et al. (1992) reportó bajos niveles de precursores de serotonina y dopamina en el líquido cefalorraquídeo, por lo cual sugieren enmascaramiento de la saciedad en pacientes con atracones y respuestas anormales a la comida^{20, 29}. Steiger et al. (2001) conectó las alteraciones en actividad serotoninérgica del cerebro con aumento en la propensión para eventos parasuicidas y autolesiones que pueden estar relacionados^{20, 30}.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas de estos trastornos son bastante similares. Los pacientes anoréxicos andan excesivamente obsesionados por su peso y su figura, con un miedo irracional a engordar, por lo cual llevan una dieta estricta y limitada rechazando alimentos percibidos como grasosos. Propio a su condición, estos jóvenes tienen pensamientos y preocupaciones

persistentes y recurrentes con la comida, el peso y la figura³¹. Se pesan y se miran al espejo repetidamente, chequeando poder visualizar protrusiones de los huesos, se miden sus partes del cuerpo y se comparan con otra gente⁴. Adicional, estos pacientes se imponen reglas estrictas sobre la alimentación y desarrollan rituales asociados a la compra, preparación y consumo de los alimentos⁴. Pueden involucrarse cocinando para familiares y amistades, para luego no comer. A la hora de comer juegan con la comida, moviéndola alrededor del plato y cortándola en pedacitos pequeños para luego comerla lentamente. Hacen ejercicios excesivamente y en algunos casos demuestran conductas purgativas. Muchas veces esconden su figura a través de ropas grandes, camisas largas y anchas para no dejar ver lo gruesa que se ven y se sienten. Debido a la desnutrición a la que estas pacientes se someten, sufren de múltiples complicaciones médicas que pueden envolver casi todos los sistemas del cuerpo, interrumpiendo su crecimiento y desarrollo óptimo. Por esta razón principal, el escenario donde primero se identifica y se evalúa esta condición es en la oficina del proveedor primario de salud. Aún así, estas jóvenes no suelen reconocer que tienen un problema de salud y tienden a minimizar sus síntomas.

Cuando vemos estos pacientes en consulta, inicialmente lucen más jóvenes de lo que corresponde a la edad cronológica; pero cuando la condición se vuelve crónica tienen un aspecto envejecido. Algunos de los pacientes presentan con retardación en el crecimiento o falta de ganancia del peso esperado. Típicamente manifiestan pérdida de pelo, episodios de mareo, dolor abdominal y estreñimiento. Al examen físico se puede evidenciar pérdida de tejido subcutáneo, pérdida muscular, mejillas hundidas, y protuberancias oseas³¹. Se puede observar acrocianosis en manos y pies, la piel puede verse pálida, seca y amarillenta con lanugo sobre brazos, espalda y abdomen³¹. También presentan con resequedad de boca, pelo y uñas frágiles. El abdomen se observa escafoide y puede presentarse debilidad muscular generalizada con evidencia de neuropatía periferal³¹. Las señales y síntomas médicos más comunes son cambios en los signos vitales consistentes con un estado hipometabólico, incluyendo bradicardia, hipotensión e hipotermia⁸. La **Figura 3** presenta una comparación de los

posibles hallazgos en examen físico que aquí se detallan tanto para anorexia como bulimia.

FIGURA 3: POSIBLES HALLAZGOS EN EXAMEN FÍSICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Traducida y adaptada de: American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. 2003. Identifying and treating eating disorders. *Pediatrics* 111(1):204-11

ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA
<ul style="list-style-type: none"> • Bradicardia • Ortostática mediante pulso o presión sanguínea • Hipotermia • Soplo cardiaco (1/3 con prolapso de la válvula mitral) • Cabello opaco y rancio • Mejillas hundidas, piel cetrina • Lanugo • Pechos atróficos (postpuberales) • Vaginitis atrófica (postpuberales) • Edema de las extremidades • Demacrada, puede usar ropa de gran tamaño • Afecto llano • Extremidades frías, acrocianosis 	<ul style="list-style-type: none"> • Bradicardia sinusal • Ortostática mediante pulso o presión sanguínea • Hipotermia • Soplo cardiaco (prolapso de la válvula mitral) • Cabello sin brillo • Piel seca • Parotitis • Signo de Russell • Llagas en la boca • Rasguños en paladar • Erosiones en esmalte dental • Puede verse completamente normal • Otras arritmias cardiacas

Por otro lado, generalmente la bulimia comienza en la adolescencia tardía y adultez temprana, con un pico de origen entre los 17-25 años de edad³¹. Estudios reportan que un 15% de los pacientes bulímicos han sido anteriormente tratados por anorexia y que el 30-50% de los bulímicos probablemente cumplían con los criterios de anorexia en sus comienzos^{20, 32, 33,34}. Suelen parecerse mucho a los anoréxicos pero el peso de estos pacientes puede ser normal, alto o bajo. Estos pacientes también presentan con miedo a ganar peso y disturbios en la percepción de la imagen corporal. Los pacientes tienen episodios de comer excesivamente o atracones, seguidos por inducción del vómito o uso de laxantes u otros medicamentos. En la adolescencia, muchos comienzan con dietas restrictivas para lidiar con sentimientos de insatisfacción propia. Luego del tiempo comienzan a sentir hambre y les sobrecogen pensamientos de comida y ansiedad. Al intensificarse, estos entonces comienzan a merendar y atracarse como respuesta. Se alimentan desordenadamente a deshoras y a escondidas. Durante los episodios de atracones, el/la paciente siente que pierde el control, sumado al descontrol que sufren en otros aspectos de sus vidas.

Esta pérdida de control produce sentimientos de culpa y a su vez, intolerancia a la frustración. La conducta compensatoria que sigue sirve para mitigar la culpa por haber comido excesivamente y para prevenir la ganancia de peso que se estima como consecuencia²⁰. En casos de pacientes con peso normal, estos mecanismos compensatorios pueden servir de técnica para mantenerse en peso normal sin necesidad de dietas. Como producto de la inducción de vómitos, se puede observar en sus manos la señal de Russell (aparentes callosidades y cortaduras en los nudillos), hipertrofia de las parótidas y erosión del esmalte dental³¹. También se puede ver recesión de las encías, caries y hemorragias subconjuntivales²⁰. La presencia de hipertrofia de la parótida que se encuentra en un 10-30% de las pacientes se piensa es resultado de los atracones frecuentes y la erosión del esmalte dental a la exposición a los ácidos gástricos³¹. La piel frecuentemente se observa seca, fría y con turgencia reducida y la temperatura corporal se encuentra generalmente baja debido a la deshidratación y estado hipometabólico²⁰.

Los pacientes con trastornos alimentarios sufren con frecuencia de problemas gastrointestinales incluyendo dolor abdominal, sensación de llenura o inflamación y estreñimiento. Otras complicaciones gastrointestinales son disminución de la motilidad gástrica, retraso del vaciamiento gástrico y síndrome de intestino irritable^{10, 14}. Algunos pacientes sufren de pancreatitis. Otros hallazgos que aunque ocurran raramente tienen una alta mortalidad son dilatación gástrica aguda, y ruptura y compresión vascular aguda del duodeno¹⁰. Los pacientes con vómitos recurrentes pueden presentar con reflujo esofágico, esofagitis, rupturas o desgarros de Mallory-Weiss y menos frecuentemente ruptura del esófago³¹. También se puede encontrar dolor de garganta, ulceraciones esofágicas y tumores en larínge²⁰. En el electrocardiograma, estas pacientes pueden presentar con bajo voltaje, bradicardia, inversiones de onda T y depresión del segmento ST; hallazgos que pueden estar asociados a arritmias como prematuros supraventriculares o taquicardia ventricular¹⁰. La presencia de un intervalo QTc prolongado es de mucho cuidado ya que está asociado a una predisposición a arritmias ventriculares potencialmente fatales y las muertes súbitas es un fenómeno

conocido en estos casos³¹. Aquellos pacientes que vomitan y usan diuréticos están más a riesgo de complicaciones cardiovasculares¹⁰.

Los laboratorios ordenados inicialmente pueden encontrarse normales pese a la desnutrición, pero con el tiempo pueden encontrarse anomalías electrolíticas como hipocalemia y alcalosis hipoclorémica en pacientes que se autoinducen el vómito o usan laxantes, e hiponatremia en pacientes que toman mucha cantidad de agua y otras bebidas poco nutritivas⁸. También la anorexia se puede asociar a leucopenia, anemia o pancitopenia^{8, 31, 35}. Otros hallazgos en sangre que podemos encontrar son hipercolesterolemia, hipercarotinemia e hipoalbuminuria. La deshidratación puede causar niveles elevados de nitrógeno ureico sanguíneo y cetonas en la orina^{10, 31}. Se puede desarrollar poliuria debido a la disminución de la capacidad de concentración renal y anormalidades en la secreción de vasopresina, lo que puede producir diabetes insipidus parcial¹⁰. En los casos más severos de anorexia podemos encontrar niveles elevados de transaminasas e insuficiencia renal⁸. En pacientes con bulimia se puede observar leves elevaciones de amilasa en suero³¹. Durante la realimentación y la rehidratación se puede observar edema periferal en 20% de los casos¹⁰.

Los cambios endocrinológicos asociados pueden incluir niveles disminuidos de estrógeno y testosterona, conjunto con el desarrollo de amenorrea y disminución del libido en ambos sexos^{8, 36}. La amenorrea está asociada a disturbios en la regulación de la secreción de la hormona de liberación gonadotrofina por el hipotálamo. Los niveles de hormona luteinizante, hormona estimuladora del folículo y estradiol están disminuidos, entonces la secreción pulsátil de hormona luteinizante se revierte al patrón pre-puberal con regresión del tamaño de los ovario y el útero^{31, 37}. Osteopenia y la reducción de masa ósea son las complicaciones más seria a causa de la amenorrea prolongada y bajos niveles de estrógeno. Estos pueden ocurrir temprano en la condición y su grado de seriedad depende de la edad de comienzo y duración de la amenorrea³¹. Además, se puede evidenciar señales clínicas de hipotiroidismo debido a la disminución de triyodotironina (T₃) y a veces de tiroxina (T₄)^{10, 31}.

Los pacientes desnutridos también presentan con cambios o disfunciones cognitivas. Los más comunes son disminución de atención, concentración y

memoria a corto plazo, y pensamientos obsesivos de comida¹⁰. En examen neuropsicológico se pueden detectar déficits en la habilidad viso-espacial^{31, 38}. Como consecuencia de la inanición, el cerebro pierde materia blanca que se recupera con la restauración del peso y pierde materia gris que nunca se recupera completamente^{39, 40}. En examen neurológico, por lo general, no se encuentran hallazgos significativos excepto por reflejos lentos ocasionales debido al estado hipometabólico en que se encuentran. Pacientes con disturbios electrolíticos pueden sufrir de convulsiones³¹.

Los síntomas psicológicos más asociados a la anorexia incluyen distracción, depresión, ansiedad, agitación, disturbios del sueño, obsesión y compulsividad⁸. Strober (1980) y Crisp et al. (1979) describieron características comunes de estos pacientes como lo son inseguridad, minimización de expresión emocional, fluctuaciones en el estado de ánimo, perfeccionismo, confusión de identidad, conformidad y culpa excesiva, control rígido de los impulsos, competitividad, envidia y gran sentido de responsabilidad^{41, 42}. Otros síntomas comunes son la baja autoestima, sentimientos de ineficiencia y aislamiento social²⁸. Áreas de conflicto incluyen ambivalencia sobre la madurez emocional y sexual, ansiedad de separación y miedo de ser controlada¹⁰. Los síntomas psicológicos premórbidos con frecuencia se exacerban debido a la malnutrición, pero pueden mejorar con la restauración del peso^{8, 43}. Los pacientes bulímicos tienden a presentar personalidades con rasgos de impulsividad, autocrítica, ánimo disfórico o inestabilidad afectiva asociados a eventos interpersonales^{44, 45}. En un intento de ganar control ante la angustia por los conflictos internos y los intentos de lidiar con la ansiedad, los pacientes bulímicos sufren de parálisis emocional y somatización y “acting out”²⁰.

En la mayoría de los casos, los trastornos alimentarios están asociados a trastornos comórbidos que afectan negativamente el funcionamiento del paciente y contribuyen a un peor pronóstico. Entre estos se encuentran las siguientes condiciones para la anorexia: depresión mayor o distimia en un 50-75% de los pacientes, trastornos de ansiedad en más de un 60% y trastorno obsesivo-compulsivo en más de un 40%^{39, 46, 47}. Bulimia está más asociada a trastornos afectivos y abuso de alcohol o sustancias⁶. La presencia de abuso de alcohol está asociada a un aumento en la mortalidad

de la condición^{49, 50}. En pacientes con anorexia tipo purgativo, el abuso de alcohol y sustancias puede estar presente y puede estar asociado a mayor grado de impulsividad en la conducta^{39, 48}. Se ha encontrado que los casos con abuso de sustancias comórbido requieren estadía de hospitalización más larga y tienen menos adherencia al tratamiento luego de la hospitalización^{49, 51}. Se ha reportado también que una quinta parte de los pacientes presentan con trastornos del desarrollo, incluyendo los del espectro de autismo y déficit de atención e hiperactividad^{21, 52, 53}.

La anorexia tiene un alto riesgo de mortalidad. Un estudio en Suecia con una muestra sacada de registros de altas de hospitalización y muertes encontró que el número de muertes de individuos con anorexia es aproximadamente seis veces más que en la población general y listan anorexia, abuso de sustancias y suicidio como las causas más comunes^{8, 54}. Factores que podrían predecir la muerte en estas pacientes son niveles de albumina en suero sumamente bajos y bajo peso en evaluación inicial, pobre funcionamiento social, larga duración de la enfermedad, atracones con conductas compensatorias inadecuadas, abuso de sustancias y trastornos afectivos comórbidos^{10, 55, 56, 57}. Fluctuaciones rápidas de peso ponen a los pacientes a mayor riesgo de muerte comparados con aquellos que mantienen su peso estable sin importar que el índice de masa corporal esté por debajo de doce¹¹.

El curso de estas enfermedades puede ser crónico. En una revisión de 119 estudios se encontró que 46.9% de los pacientes con anorexia se recuperaban completamente, 33.5% mejoraban y un 20.8% desarrollaba un curso crónico¹². Herzog et al. (1999) en un estudio de seguimiento a pacientes durante 7.5 años reportó que 33.7% de los sujetos lograron recuperación total, de los cuales 40% sufrió de relapso. Los predictores de recuperación incluyeron mayor peso y corta duración de la enfermedad en evaluación inicial, más sin embargo no se encontraron predictores de relapso^{10, 58}. Pacientes con vómitos y conducta purgativa, historial premórbido de problemas de desarrollo y clínicos tienen el riesgo de peor pronóstico; mientras que una buena relación con los padres y edad más temprana de comienzo de la enfermedad parecen estar asociados con mejores resultados¹². Mientras que los indicadores de pronóstico para

anorexia parecen estar asociados a severidad y duración de la condición, los de bulimia están más asociados a severidad de las condiciones psiquiátricas comórbidas⁵⁹. En un estudio con pacientes bulímicos en seguimiento por seis años, 60% de los pacientes obtuvieron buenos resultados, 29% resultados intermedios y un 10% con pobres resultados³¹. Se ha visto que la tasa de remisión es de 70% o más en pacientes bulímicos con un seguimiento de 5 a 20 años y aunque la mayoría de los pacientes remiten, aquellos que no han remitido a los cinco años de la evaluación inicial seguirán un curso crónico⁵⁹. Beresin et al. (1989) refieren que entre los factores que más contribuyen a la recuperación está la relación terapéutica que se forma con los profesionales, familiares, o amistades. El encontrarse a alguien con quien se pueden relacionar y expresar sus emociones, les permite clarificar distorsiones, desarrollar confianza hacia los demás y consolidar un sentido propio del ser^{9, 60}. Aunque se ha mostrado que la recuperación es más difícil a medida que dure más la enfermedad, también se ha encontrado que mientras más dure el seguimiento del paciente, mejor es la respuesta clínica; por tanto se aconseja que el paciente se siga por periodos de tiempo extendidos¹².

TRATAMIENTO

Los trastornos alimentarios son enfermedades complejas, con un curso crónico requiriendo tratamiento a largo plazo. El promedio de tratamiento es de 5-6 años desde el diagnóstico hasta el restablecimiento¹¹. De aquí que la intervención temprana es esencial para evitar daños físicos permanentes causados por la enfermedad durante las etapas del crecimiento y desarrollo. Estas pacientes por lo general llegan a las oficinas de sus médicos primarios por la preocupación de un familiar, referidos por la escuela u otros. Presentan quejas somáticas o sintomáticas manteniendo en secreto sus problemas alimentarios. En comparación, los pacientes bulímicos tienden a buscar más ayuda y están más dispuestos a hablar sobre sus síntomas, emociones y conflictos que los anoréxicos²⁰. Motivarlos para seguir un tratamiento es tarea difícil, ya que estos pacientes se encuentran renuentes a ganar peso. Por su complejidad para el manejo, el tratamiento requiere ser cuidadosamente coordinado y compuesto por un grupo multidisciplinario de

proveedores de salud que dependiendo de la disponibilidad podría incluir a: el médico primario, ya sea pediatra o especialista en medicina de adolescentes, psiquiatra de niños y adolescentes, sicólogo, trabajador social y nutricionista. En ocasiones, se requiere referido a otros especialistas como lo son ginecólogos, endocrinólogos y otros especialistas por los múltiples sistemas del cuerpo afectados. La meta principal del tratamiento debe ser promover un estado de vida saludable incluyendo como parte esencial del plan: restaurar el peso apropiado de acuerdo al índice de masa corporal y el metabolismo normal del cuerpo, normalizar los patrones de alimentación y revertir el proceso de inanición, tratar cualquier complicación médica resultante y eliminar las conductas compensatorias maladaptativas³¹. Los parámetros a medir son estabilidad de los signos vitales y normalización de las secreciones hormonales con recuperación de la menstruación en el caso de las féminas¹⁴. El proceso de ganancia de peso conlleva ayudar al paciente a cambiar su conducta asegurando que tenga un patrón de alimentación regular y aumentar poco a poco la cantidad de comida consumida según sea meritorio. Asimismo, se debe exponer al paciente a una mayor variedad de alimentos y proveer apoyo psicosocial y refuerzo⁸. Una vez se logra un peso más saludable, la meta es evaluar y tratar las causas por la cual el paciente está sufriendo la condición utilizando el modelo biopsicosocial. Cada plan de tratamiento debe ser individualizado para suplir las necesidades específicas del paciente.

Durante el tratamiento se debe promover un continuo de cuidado a través de diferentes escenarios considerando las necesidades particulares del momento. Estos pueden incluir hospitalizaciones médicas o psiquiátricas, hospitalización parcial, residenciales, clínicas ambulatorias y programas especializados. Se escogerá el lugar más apropiado para el estado del paciente al momento de evaluación teniendo en cuenta de permitir mayor autonomía o menos restricciones para el paciente. Idealmente, se empezará tratamiento a nivel ambulatorio, exceptuando casos en que se enfrente con inestabilidad física, el tratamiento ambulatorio no ha sido efectivo, o el paciente rehúsa alterar conductas altamente peligrosas donde la necesidad de hospitalización se vuelve imperiosa^{14, 61}. Aunque la ganancia de peso

puede ser mucho más lenta ambulatoriamente, esta tiende a mantenerse por más tiempo¹¹.

El tratamiento ambulatorio requiere visitas frecuentes con supervisión médica cercana incluyendo: físicos, pesaje, laboratorios, reevaluación nutricional y tratamiento psiquiátrico/ psicológico. Inicialmente, el médico primario deberá realizar una evaluación minuciosa con un examen físico detallado y un historial completo incluyendo síntomas presentes con foco en la pérdida de peso, patrones maladaptativos y estresores contribuyentes e historial psiquiátrico previo, médico, de desarrollo, académico, social, familiar incluyendo específicamente historial de trastornos alimentario, y abuso/uso de alcohol o drogas. No se debe perder en cuenta que el paciente tiende a negar o minimizar sus síntomas y por tanto siempre debemos incluir a la familia y otras posibles fuentes externas de información. A través de la evaluación inicial el profesional debe determinar la severidad de la condición y seleccionar el escenario apropiado para el tratamiento.

Las indicaciones de hospitalización se incluyen en la **Figura 4**. Esta puede ser una unidad médica pediátrica o psiquiátrica con un equipo de profesionales especializados en estos trastornos. En los casos en que el paciente necesita primordialmente abastecimiento nutricional, tratamiento por alguna complicación médica aguda y ocasiones donde es necesario recurrir a la alimentación parenteral (la cual requiere monitoreo cercano debido a las complicaciones iatrogénicas que puede causar como lo son infecciones y secuelas por pasar el tubo¹¹) se recomienda admisión a una unidad médica. En el caso donde las complicaciones mayores son psiquiátricas, como depresión marcada o eventos de crisis, y no existe un problema médico agudo de mayor riesgo, se recomienda hospitalización psiquiátrica como mejor opción. La unidad ofrece una variedad de servicios como lo son la evaluación farmacológica, terapia individual, terapia de familia, terapia de grupos y consultoría médica, además del seguimiento por nutricionista. Como parte del tratamiento se establece un protocolo nutricional con un peso meta para el alta, que no necesariamente es el ideal, pero más estable. A través de estudios, se ha observado que los pacientes dados de alta en pesos bajos y antes de que la familia tenga la capacidad de

asumir la responsabilidad de la realimentación tienen tasas más altas de relapso y rehospitalización^{39, 62}.

FIGURA 4: CRITERIOS PARA HOSPITALIZACIÓN DE NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Traducida y adaptada de: American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. 2003. Identifying and treating eating disorders. *Pediatrics* 111(1):204-11

ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA
<ul style="list-style-type: none"> • < 75% del peso ideal o pérdida continua de peso pese a manejo de cuidado intensivo • Rehusar comer • < 10% de grasa corporal • Frecuencia cardíaca < 50 latidos por minuto durante el día; < 45 latidos por minuto durante la noche • Presión sistólica < 90 • Cambios ortostáticos en pulso (> 20 latidos por minuto) o presión sanguínea (> 10 mm Hg) • Temperatura < 96°F • Arritmia 	<ul style="list-style-type: none"> • Síncope • Concentración de potasio en suero < 3.2 mmol/L • Concentración de cloro en suero < 88 mmol/L • Desgarros esofágicos • Arritmias cardíacas incluyendo intervalo prolongado de QTc • Hipotermia • Riesgo suicida • Vómitos intratables • Hematemesis • Fracaso de respuesta a tratamiento ambulatorio

La hospitalización parcial ofrece un nivel de cuidado intermedio entre ambulatorio y hospitalización. El equipo y las terapias que se ofrecen son por lo regular iguales a aquello ofrecido en el escenario hospitalario con la diferencia de que los pacientes no pernoctan y usualmente asisten 4-6 días por semana dependiendo del programa. Puede ser bien útil para evitar hospitalización del paciente que en tratamiento ambulatorio no gana el peso esperado, no progresa adecuadamente o empeora su condición. También puede servir de escenario de transición entre el servicio de hospitalización y el tratamiento ambulatorio.

El enfoque principal de todo tratamiento no importa el nivel de cuidado en que se encuentre debe ser restaurar el peso. Las guías clínicas sugieren diferentes formas de hacerlo. El Colegio Royal de Psiquiatras (2002) recomienda una ingesta en exceso de 3000 Kcal/día, la Asociación Americana de Psiquiatra (2000) 70-100 Kcal/kg de peso/día durante el periodo de ganancia y 40-60 Kcal/kg de peso/día para la fase de

mantenimiento, mientras que Rome et al. (2003) recomienda que la ingesta debe lograr una ganancia de peso de .3-.4 lb (130-180g) por día durante el periodo de más peligro y de 1-2 lb (450-900g) por semana si el tratamiento es ambulatorio^{1, 8, 63,64}. El realimentar a estos pacientes de por sí reduce la apatía, el letargo y los pensamientos obsesivos con la comida³⁹. No necesariamente los pacientes con bulimia necesitan ganar peso, en ese caso, la meta principal es interrumpir el ciclo de atracones y purgas.

La reintroducción de alimentos requiere monitoreo médico cercano y continuo, incluyendo exámenes físicos, pesaje, laboratorios para medir cambios en electrolitos, fósforo, magnesio y función renal, y electrocardiograma de base. Inicialmente, se deben introducir alimentos de forma gradual y despacio junto a suplementos como el fósforo para evitar desarrollar complicaciones como lo es el síndrome de realimentación. Este síndrome consiste de complicaciones cardiovasculares, neurológicas y hematológicas que ocurren cuando el fosfato extracelular se mueve al espacio intracelular en pacientes desnutridos con deficiencia de fosforo⁶⁴. Los pacientes a riesgo son aquellos que al inicio presentan muy bajo peso (índice de masa corporal < 16 kg/m²), pérdida de peso sustancial en las últimas cuatro semanas, poca o ninguna ingesta por diez días o más, uso de diuréticos o laxantes, o bajos niveles en sangre de potasio o minerales esenciales^{8, 66,67}. Este síndrome se caracteriza por complicaciones menores como edema transitorio en las piernas; o más serias como prolongación del intervalo QT o hipofosfatemia con debilidad, confusión y disfunción neuromuscular progresiva requiriendo pronta atención³⁹.

Los problemas médicos deben ser identificados y tratados con prontitud. El paciente desnutrido necesita monitoreo cardiaco para detectar bradicardia o arritmias. Ocasionalmente se pueden utilizar agentes anticolinérgicos para tratar los síntomas relacionados al síndrome de intestino irritable o agentes peristálticos como la metoclopramida para la sensación de llenura o hinchazón. En el caso de estreñimiento, no se recomienda utilizar medicamentos purgativos. De ser necesario se puede utilizar fibra, aceite mineral o glicol polietileno por poco tiempo, ya que usualmente la motilidad normal se restaura en las primeras semanas de alimentación regular, excepto en un subgrupo de pacientes que abusan laxantes los cuales no se

recuperan¹⁴. Los inhibidores de la bomba de protones se pueden recetar para inhibir la secreción de ácido gástrico, reducir la alcalosis metabólica, ayudar a conservar potasio, y prevenir daños al esófago y los dientes^{4,68}. Es importante considerar el reemplazo de potasio monitoreando por síntomas clínicos y electrocardiograma en pacientes con vómitos y uso de laxantes o diuréticos.

En pacientes con osteopenia que hayan presentado amenorrea por más de seis meses se recomienda ordenar un estudio de densitometría ósea preferiblemente midiendo la densidad en la espina lumbar y en la cadera izquierda³¹. Como se ha visto que el estrógeno juega un rol importante en el mantenimiento de la masa ósea en mujeres con otras condiciones, se ha incurrido en la práctica de recetar reemplazo de estrógeno como parte del tratamiento. Pero los estudios científicos no han evidenciado que esta práctica sea efectiva para aumentar la masa ósea en pacientes anoréxicas³¹. Aun así, una encuesta entre médicos reveló que el 78% de aquellos que trataban adolescentes con anorexia prescribían el reemplazo de hormonas⁶⁹. Esto es importante ya que esta terapia enmascara el proceso natural donde la paciente recupera su periodo menstrual una vez gana peso, por tanto dándole un sentido falso de seguridad a la paciente que entonces tiene menstruación "normal"³¹. Bachrach et al. (1991) encontró que el aumento en peso está asociado a mejoría en la densidad mineral ósea⁷⁰. Se ha visto que el 86% de pacientes que logran un aumento de 90% de su peso ideal recuperan su menstruación en un periodo de seis meses³¹. Asimismo, la evidencia establece que el suplir calcio mejora la masa ósea en niños y adolescentes, por lo que se debe prescribir a esos pacientes que no pueden ni quieren aumentar su ingesta de calcio; ya que la fuente de calcio se encuentra en alimentos que pueden considerarse como engordantes³¹.

Siguiendo el modelo biopsicosocial de Sigman (2003), el proceso terapéutico debe ser dirigido a romper el ciclo de los trastornos a través de alteraciones a conductas asociadas con las comidas, los estresores del desarrollo, mecanismos de adaptación o factores precipitantes y los factores perpetuantes tanto individuales como familiares. Debido a la negación en que se encuentran estos pacientes inicialmente, las metas deben diseñarse con el propósito de obtener cambios conductuales a corto plazo. En esta

etapa, los padres deben aprender a responder normalmente a la necesidad de alimentación de sus hijos y ayudarlos a responder a las crisis que se presentan durante el desarrollo de una forma más saludable y normal. También los padres deben aprender a proporcionar límites y alternativas de alimentación más apropiadas para sus hijos. Luego de que el paciente adquiere un patrón de alimentación más saludable, entonces el trabajo de la terapia debe redirigirse a tratar los factores etiológicos con la meta de ayudar al paciente a hablar de sus síntomas y manejarlos de forma más adecuada, entendiendo que el problema no es el cuerpo, sino que lo son las insuficiencias percibidas y convertidas en obsesiones. Por último, el tratamiento se debe dirigir a reducir los factores perpetuantes en una etapa donde el paciente está más listo a realizar cambios. Entonces, el enfoque de la terapia se dirige a crear conciencia en el paciente sobre las razones por la cual sufren del trastorno o sobre los conflictos emocionales que le dieron paso, y a entender como sus emociones y pensamientos los llevan a conductas problemáticas con el fin de que empiecen a eliminar sus síntomas¹⁴.

En cuanto a las modalidades de intervención psicoterapéuticas específicas para estas condiciones, son pocos los estudios robustos realizados con la población de niños y adolescentes. En el caso de anorexia, no existen terapias basadas en evidencia efectivas para su tratamiento. Se ha reportado a través del consenso de expertos que se favorecen tratamientos complejos que integran conceptos psicodinámicos y técnicas derivadas de las terapias motivacional y dialéctica conductual a largo plazo¹¹. La **Figura 5** presenta diferentes tipos de terapia utilizadas en el tratamiento de anorexia. A través de una revisión de seis estudios pequeños con adultos comparando con cuidado rutinario, se concluyó que aunque la data no era suficiente para dar recomendaciones específicas, se pueden obtener resultados positivos en la restauración del peso, la menstruación y el funcionamiento psicosocial con psicoterapia que incluya aspectos de la terapia psicoanalítica, terapia cognitivo-conductual enfatizando la corrección de pensamientos distorsionados y contraproducentes o terapia analítica cognitiva que utiliza elementos de las dos anteriores^{39,71}. Es importante señalar que cuando se trata de niños y adolescentes con anorexia, la terapia de familia es la única

intervención debidamente estudiada que tiene un impacto beneficioso evidenciado. Esta sirve para concientizar a la familia sobre los factores perpetuantes de la condición entre otros^{11, 72}. En el caso de bulimia, la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal se pueden recomendar como terapias basadas en evidencia⁷³. La terapia conductual debe ser el tratamiento de elección ya que se ha visto que funciona más rápido que la terapia interpersonal y parece ser más efectiva que los medicamentos⁷³. Esta terapia resultó en abstinencias de atracones y purgas en aproximadamente 25-35% de los casos. Además, al final del estudio más de la mitad de los pacientes no cumplieron con los criterios de bulimia⁷³. Otra terapia que parece efectiva en adolescentes según unos pequeños estudios recientes es la terapia basada en manuales de autoayuda con conceptos derivados de la terapia cognitivo-conductual pero guiada por terapeutas obteniendo tasas de abstinencias de 9% a sobre 60% dependiendo del estudio⁷³.

FIGURA 5: PSICOTERAPIAS DISPONIBLES PARA EL MANEJO DE ANOREXIA NERVIOSA

Traducida y Adaptada de: Morris J, Twaddle S. 2007. Anorexia Nervosa. *BMJ* 334:894-8

<p>Terapia Individual: Tratamiento estructurado individual usualmente ofrecido semanalmente en sesiones de una hora con un terapeuta adiestrado en el manejo de trastornos alimentarios y en el modelo de terapia utilizada.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Terapia Cognitiva Analítica: Esta sicoterapia utiliza cartas y diagramas para examinar los patrones habituales de conducta en relación a otras personas y para experimentar con respuestas más flexibles.• Terapia Cognitiva Conductual: Esta sicoterapia explora emociones, educa a los pacientes sobre la química del cuerpo y reta a los pensamientos automáticos y presunciones detrás de cada conducta relacionada con la anorexia.• Sicoterapia Interpersonal: Esta sicoterapia crea un mapa de las redes de apoyo del paciente, selecciona un foco como el conflicto de roles, transición o pérdidas, y trabaja para generar nuevas maneras de cómo lidiar con la angustia.• Terapia Motivacional: Esta sicoterapia utiliza técnicas de entrevista derivadas del trabajo con abuso de sustancias para replantear “resistencia” al cambio a “ambivalencia” con el cambio y para nutrir y amplificar impulsos saludables.• Terapias Dinámicamente Informadas: Estas terapias pueden resultar en ganancia de peso y recuperación provisto que el paciente esté consciente del riesgo a daño físico irreversible o muerte y reconoce ciertos límites (por ejemplo, que deben ser pesadas semanalmente, examinadas por un médico mensualmente y admitidas al hospital si el peso tiende a continuar bajando) se observan. Las terapias envuelven hablar, arte, música y movimiento.
<p>Terapia de Grupo: Hay poca evidencia sobre el beneficio de las terapias para anorexia en grupos sobre terapia individual. De hecho, estás podrían empeorar el problema. Sin embargo, la terapia dialéctica de conducta grupos estructurados en paralelo con sesiones individuales. Esta terapia enseña destrezas que ayudan a tolerar angustia al paciente, calmar sus emociones, y manejar relaciones interpersonales.</p>
<p>Terapia de Familia: El término “trabajo en familia” cubre cualquier intervención que aproveche las fortalezas de la familia en lucha contra del trastorno del paciente o que trate de lidiar con la angustia de la familia en vista de. Esta incluye terapias de familia, grupos de apoyo y aportación psicoeducativo.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Terapia “Cojoint”: la evidencia señala la efectividad del modelo de familia de Maudsley de terapia de familias intervenciones similares enfocada en los trastornos alimentarios. Familias enteras, o por lo menos el paciente y la familia, asistan a sesiones de consejería juntos, lo que podría causar un gran estrés.• Terapia de Familia Separada: El paciente y sus padres asisten a reuniones diferentes, algunas veces con dos terapeutas diferentes. Esta forma de terapia parece tan efectiva como la terapia conjoint, particularmente en pacientes mayores, y envuelve niveles menores de emoción expresada.• Grupos Multifamiliares: Estos grupos noveles proveen una manera innovadora de empoderar a los padres por medio de apoyo de pares y ayuda del terapeuta. Varias familias incluyendo los pacientes, se reúnen para sesiones intensivas que a menudo duran el día completo e incluyen comer juntos.• Grupos de Apoyos de Familia y cuidadores: Este grupo fluctúa entre reuniones de autoayuda a sesiones altamente estructuradas con un terapeuta de líder que apunta a la enseñanza de destrezas psicosociales y prácticas para ayudar a los pacientes con anorexia a recuperarse evitando conflictos innecesarios. La mayoría envuelve alguna aportación educativa sobre la naturaleza de la anorexia.

Las ventajas de esta terapia son el poder ser provistas por un terapeuta con menos adiestramiento y tener una menor duración por lo cual es menos costosa y más fácil de diseminar⁷³.

No hay evidencia robusta para el tratamiento farmacológico en niños y adolescentes. No se ha probado beneficio alguno de medicamentos en

específico mientras el paciente está desnutrido. Los medicamentos deben considerarse como terapia coadyuvante en un tratamiento multimodal y usualmente se utiliza cuando hay presencia de síntomas psiquiátricos comórbidos⁷⁴. Hay evidencia conflictiva en cuanto al beneficio de los inhibidores de recaptación de serotonina para prevenir relapso luego de la ganancia de peso en adultos anoréxicos, con los últimos estudios inclinados a no reportar beneficio sobre placebo¹¹. Reportes en la literatura de adultos sugieren que la olanzapina u otros antipsicóticos atípicos en bajas dosis podrían ser beneficiosos, ya que promueve ganancia de peso por el aumento de apetito y alivio de la ansiedad. Además, se piensa podrían ayudar a mejorar síntomas de depresión y pensamientos obsesivos^{11, 39}. Un estudio aleatorio piloto de olanzapina con tratamiento conductual intensivo no demostró un efecto de ganancia de peso en pacientes anoréxicos menores de 21 años⁷⁵. Por tanto, aunque puede que los antipsicóticos atípicos en jóvenes no contribuyan necesariamente a la ganancia de peso, quizás pueden ayudar a mejorar las distorsiones cognitivas. Como los pacientes malnutridos tienen más riesgos de problemas cardiacos, hay que tener cuidado al recetar medicamentos cuyos efectos adversos puedan incluir prolongación de QTc y disritmias¹¹.

Aunque existen más resultados de medicamentos en el tratamiento de bulimia nervosa, la data específica para niños y adolescentes es bien poca. En adultos se ha visto que todos los antidepresivos, especialmente los inhibidores selectivos de serotonina, son efectivos en disminuir los atracones y las purgas. Inclusive fluoxetina es el único fármaco con indicación para el tratamiento de bulimia en adultos aprobado por la Administración Federal de Drogas en Estados Unidos^{74, 76}. En un piloto de ocho semanas con niños, fluoxetina (60mg/día) fue bien tolerada y demostró reducción de atracones y purgas, donde 50% de la muestra fue evaluada como mejor y 20% como mucho mejor^{74, 77}. Se han hecho estudios con otros medicamentos como carbamazepina, antagonistas de opiáceos, naltrexona y litio, sin demostrar eficacia^{74, 78}. Se ha probado que el tratamiento combinado de medicamentos con terapia cognitivo-conductual puede ser superior a medicamento solamente^{74, 79}.

RESUMEN

Los trastornos de conducta alimentaria son enfermedades complejas con la tasa de mortalidad más alta dentro de las condiciones psiquiátricas. Su etiología es multifactorial combinando factores biológicos, psicológicos y sociales. La mayoría de los casos presentan con comorbilidades psiquiátricas que complican el panorama y plan de tratamiento. Sin tratamiento estos trastornos pueden presentar un curso crónico e incapacitante, contribuyendo a aumentar considerablemente la mortalidad de los pacientes afectados. Son pocas las opciones de tratamiento basado en evidencia para la población de niños y adolescentes. Se necesita más investigaciones que provean opciones más efectivas para su tratamiento y permitan así combatir su alta mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and Statistical Manuall of Mental Disorders*. Washington, DC: Am. Psychiatr. Assoc. 4th Edition, Text Revised
2. WHO. 1992. International statistical classification or diseases and related health problems, 10th revision. Geneva: WHO
3. Hoek HW, van Hoeken D. 2003. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 34:383-96
4. Attia E. 2010. Anorexia nervosa: Current Status and Future Directions. *Annu. Rev. Med.* 61:425-35
5. Gowers S, Byant-Waugh R. 2004. Management of child and adolescent eating disorder: the current evidence base and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45(1):63-83
6. Treasure J, Claudino A, Zucker N. 2010. Eating Disorders. *Lancet* 375:583-93
7. Neumark-Sztainer D, Hannan PJ. 2000. Weight-related behaviors among adolescent girls and boys: results from a national survey. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 154:569-77

8. Maloney M, McGuire J, Daniels SR, et al. 1989. *Pediatrics* 84:482-89
9. Herzog DB, Beresin EV, Charat VE. 2004. Anorexia Nervosa. *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry, 3rd Edition*. Virginia: American Psychiatric Publication Inc. pp 671-89
10. Morris J, Twaddle S. 2007. Clinical Review, Anorexia Nervosa. *BMJ* 334:894-8
11. Sullivan PF. 1995. Mortality in Anorexia Nervosa. *Am. J. Psychiatry* 152:1073-74
12. Steinhausen HC. 2002. The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *Am. J. Psychiatry* 159: 1284-1293
13. Fairburn CG, Phil M, MRC, Beglin SJ. 1990. Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 147:4
14. Sigman GS. 2003. Eating Disorders in Children and Adolescents. *Pediatr. Clin. N. Am.* 50:1139-77
15. Shoebridge P, Gowers SG. 2000. Parental high concern and adolescent-onset anorexia nervosa. A Case control study to investigate direction of causality. *Br. J. Psychiatry* 176:132-37
16. Favaro A, Tenconi E, Santonastaso P. 2006. Perinatal factors and the risk of developing anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry* 63:82-88
17. Fairburn GC, Cooper A, Doll HA, et al. 1999. Risk Factors for Anorexia Nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry* 56:468-76
18. Wonderlich S, Mitchell JE. 2001. The role of personality in the onset of eating disorders and treatment implications. *Psychiatric Clinics of North America* 24(2):249-58
19. Stein D, Kay WH, Matsunaga H, et al. 2002. Eating-related concerns, mood, and personality traits in recovered bulimia nervosa subjects: a replication study. *International Journal of Eating Disorders* 32(2):225-9
20. Szydlo D, Woolston JL. Bulimia Nervosa. *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry, 3rd Edition*. Virginia: American Psychiatric Publication Inc. pp 691-706

21. Wonderlich SA, Fullerton DJ, Swift WJ, et al. 1994. Five-year outcome from eating disorders: relevance of personality disorders. *Int. J. of Eat. Disord.* 15:513-8
22. Hill AJ, Franklin JA. 1998. Mothers, daughters and dieting: investigating the transmission of weight control. *Br. J. Clin. Psychol.* 37:3-13
23. Pike KM, Rodin J. 1991. Mothers, daughters and disordered eating. *J. Abnorm. Psychol.* 100:198-204
24. Offner D. 1997. Eating disorders: family environments and outcome. Unpublished doctoral dissertation, Boston University [Dissertation Abstracts International: 57-9B, 5927, 1997]
25. Keys A, Brozek J, Henschel A. 1950. The biology of human starvation. Minneapolis: University of Minnesota Press
26. Katzman DK, Lambe EK, Mikulis DJ, et al. 1996. Cerebral grey matter and white matter volume deficits in adolescent girls with anorexia nervosa. *J. Pediatr.* 129:794-803
27. Frank GK, Bailer UF, Henry SE, et al. 2005. Increased dopamine D2/D3 receptor binding after recovery from anorexia nervosa measured by positron emission tomography and [(11) C] raclopride. *Biol. Psychiatry* 58:908-12
28. Davis C, Patte K, Levitan R, Reid C, Tweed S, Curtis C. 2007. From motivation to behavior: a model of reward sensitivity, overeating, and food preferences in the risk profile for obesity. *Appetite* 48:12-19
29. Jimmerson DC, Lesem MD, Kaye WH. 1992. Low serotonin and dopamine metabolite concentrations in cerebrospinal fluid from bulimic patients with frequent binge episodes. *Arch. Gen. Psychiatry* 49:132-38
30. Steiger H, Koerner N, Engelberg MJ, et al. 2001. Self-destructiveness and serotonin function in bulimia nervosa. *Psychiatry Res.* 103:15-26
31. Golden NH. 2003. Eating disorders in adolescence and their sequelae. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 17(1):57-73

32. Fairburn CG, Cooper PJ. 1981. The clinical features of bulimia nervosa. *Br. J. Psychiatry* 144:238-46
33. Pyle RI, Mitchell JE, Eckert ED. 1981. Bulimia: report of 31 cases. *J. Clin. Psychiatry* 42:60-64
34. Turnbull J, Freeman CP, Barrie F, et al. 1989. The clinical characteristics of bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 8:339-409
35. Mitchell JE, Crow S. 2006. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr. Opin. Psychiatry* 19:438-43
36. Lawson EA, Klibanski A. 2008. Endocrine abnormalities in anorexia nervosa. *Nat. Clin. Prat. Endocrinol. Metab.* 4:407-14
37. Golden NH, Schenker IR. 1992. Amenorrhea in Anorexia Nervosa: Etiology and Implications. *Adolescent Nutrition and Eating Disorders*. Philadelphia: Hanley & Belfus, Inc., 503-18
38. Kingston K, Szmuckler G, Andrewes D, et al. 1996. Neuropsychological and structural brain changes in anorexia nervosa before and after refeeding. *Psychological Medicine* 26:15-28
39. Yager, Andersen AE. 2005. Anorexia Nervosa. *The New England Journal of Medicine* 353(14):1481-88
40. Lambe EK, Ktazman DK, Mikulis DJ, Kennedy, SH, Zipursky RB. 1997. Cerebral grey matter volume deficits after weight recovery from anorexia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry* 54:537-42
41. Strober M. 1980. Personality and symptomatological features in young, nonchronic anorexia nervosa patients. *J. Psychosom. Res.* 24:353-59
42. Crisp AH, Hsu RL, Stonehill L. 1979. Personality, body weight and ultimate outcome in anorexia nervosa. *Br. J. Psychiatry* 40:335-52
43. Meehan KG, Loeb KL, Roberto CA, et al. 2006. Mood change during weight restoration in patients with anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 39:587-89
44. Wonderlich S, Mitchell JE. 2001. The role of personality in the onset of eating disorders and treatment implications. *Psych. Clin. of N. Am.* 24(2):249-58

45. Stein D, Kay WH, Matsunaga H, et al. 2002. Eating-related concerns, mood, and personality traits in recovered bulimia nervosa subjects: a replication study. *Int. J. of Eating Dis.* 32(2):225-9
46. Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J. 1991. Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry* 48:712-8
47. Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K. 2004. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am. J. Psychiatry* 161:2215-21
48. Bulik CM, Klump KL, Thornton L, et al. 2004. Alcohol use disorder. Comorbidity in eating disorders: a multicenter study. *J. Clin. Psychiatry* 65:1000-6
49. Practice Guidelines for Treatment of Patients with Eating Disorders, 3rd Edition: American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. 2000. *Am. J. Psychiatry* 157:Suppl 1:1-39
50. Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT, Franko D, Charatan DL, Herzog DB. 2003. Predictors of mortality in eating disorders. *Arch. Gen. Psychiatry* 60:179–183
51. Westermeyer J, Specker S. 1999. Social resources and social function in comorbid eating and substance disorder: a matched-pairs study. *Am. J. Addict.* 8:332–336
52. Wentz E, Lacey JH, Waller G, Rastram M, Turk J, Gillberg C. 2005. Childhood onset neuropsychiatric disorders in adult eating disorder patients. A pilot study. *Eur. Child Adoles. Psychiatry* 14:431-37
53. Gillberg IC, Gillberg C, Rastam M, Johansson M. 1996. The cognitive profile of anorexia nervosa: a comparative study including a community-based sample. *Compr. Psychiatry* 37:23-30
54. Papadopoulos FC, Ekborn A, Brandt L, et al. 2009. Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *Br. J. Psychiatry* 194:10-17
55. Herzog W, Deter HC, Fiehn W, et al. 1997. Medical findings and predictors of long-term physical outcome in anorexia nervosa: a prospective 12-year follow-up study. *Psychol. Med.* 27:269-79

56. Lowe B, Zipfel S, Buchholz C, et al. 2001. Long-term outcome in anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychol. Med.* 31:881-90
57. Herzog DB, Greenwood DN, Dorer DJ, et al. 2000. Mortality in eating disorders: a descriptive study. *Int. J. Eat. Disord.* 28:20-26
58. Herzog DB, Dorer DJ, Keel PK, et al. 1999. Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: a 7.5-year follow-up study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 38:829-37
59. Keel PK, Brown TA. 2010. Update on course and outcome in eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 43:195-204
60. Beresin EV, Gordon C, Herzog DB. 1989. The process of recovering from anorexia nervosa, in *Psychoanalysis and Eating Disorders*. Edited by Bemporad JR, Herzog DB. New York, Guilford, pp 103-30
61. Silber TJ. 1989. Justified paternalism in adolescent care. *J. Adolesc. Health Care* 10:449-53
62. Howard WT, Evans KK, Quintero-Howard CV, Bowers WA, Andersen AE. 1999. Predictors of success or failure of transition to day hospital treatment for inpatients with anorexia nervosa. *Am. J. Psychiatry* 156:1697-702
63. Royal College of Psychiatrists. 2002. Guidelines for the nutritional management of anorexia nervosa- report of the eating disorder special interest group (EDSIG). London: Royal College of Psychiatrists
64. Rome ES, Ammerman S, Rosen DS, Keller RJ, Lock J, Mammel KA, O'Toole J, Rees JM, Sanders MJ, Sawyer SM, Schneider M, Sigel E, Silber TJ. 2003. Children and adolescents with eating disorders: The state of the art. *Pediatrics* 111:98-108
65. American Academy of Pediatrics. 2003. Identifying and Treating Eating Disorders. *Pediatrics* 111(1):204-211
66. Mehanna HM, Moledina J, Travis J. 2008. Refeeding syndrome: what it is, and how to prevent and treat it. *BMJ* 336:1495-98

67. National Institute of Health and Clinical Excellence. 2006. *Nutritional support in adults. Clinical guideline CG32.* <http://nice.org.uk/guidance/CG32>
68. Eiro M, Katoh T, Watanabe T. 2002. Use of a proton-pump inhibitor for metabolic disturbances associated with anorexia nervosa. *N. Engl. J. Med.* 346:140
69. Robinson E, Bachrach LK, Katzman DK. 2000. Use of hormone replacement therapy to reduce the risk of osteopenia in adolescent girls with anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health* 26:343-48
70. Bachrach LK, Katzman DK, Litt IF et al. 1991. Recovery from osteopenia in adolescent girls with anorexia nervosa. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 72:602-6
71. Hay P, Bacaltchuk J, Claudine A, Ben Tovim D, Yong PY. 2003. Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane database Syst. Rev.* 4:CD003909
72. Eisler I, Dare C, Hodes M Russell G, and Dodge E, Le Grange D. 2000. Family therapy for anorexia nervosa in adolescents: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J. Child Psychol. Psychiatry* 41:727-36
73. Agras WS, Robinson AH. 2008. Forty years of progress in the treatment of eating disorders. *Nord. J. Psychiatry* 62 Supp 47:19-24
74. Reinblatt SP, Redgrave GW, Guarda AS. 2008. Medication management of pediatric eating disorders. *International Review of Psychiatry* 20(2):183-88
75. Kafantaris V, Leigh E, Berest A, Hertz S. 2007. Pilot study of olanzapine in the treatment of anorexia nervosa. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 54th Annual Meeting Poster Presentation, Boston, MA
76. Shapiro JR, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN, Bulik CM. 2007. Bulimia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Int. J. Eat. Disor.* 40(4):321-36

77. Kotler LA, Devlin MJ, Davies M, Walsh BT. 2003. An open trial of fluoxetine for adolescents with bulimia nervosa. *J. Child and Adol. Psychopharmacology* 13:329-335
78. Kotler LA, Walsh BT. 2000. Eating disorders in children and adolescents: Pharmacological therapies. *Eur. Child and Adol. Psychiatry* 9 Supp 1:1108-16
79. Agras WS, Rossiter EM, Arnow B, Schneider JA, Telch CF, et al. 1992. Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: A controlled comparison. *Am. J. of Psychiatry* 149:82-87



**TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS EN LA INFANCIA Y
LA ADOLESCENCIA**

DR. JOSÉ LUIS PEDREIRA MASSA

DR. SERGIO MUÑOZ FERNÁNDEZ

DRA. INMACULADA PALANCA MARESCA

DR. ÓSCAR SÁNCHEZ GUERRERO

DRA. EVA SARDINERO GARCÍA

DR. SAÚL STEPENSKI

CONCEPTO Y CLASIFICACIONES

No existe un consenso claro entre los diferentes grupos de investigadores sobre lo que constituyen los Trastornos Somatoformes en la infancia. En las clasificaciones actuales (CIE 10 y DSM IV) se incluyen una serie de trastornos en los que los síntomas físicos son nucleares en el cuadro, sin embargo éstos se clasifican en categorías diferentes. En sentido amplio la "somatización" se refiere a un proceso que lleva al paciente a buscar ayuda médica por síntomas físicos que son atribuidos, al menos inicialmente, a una enfermedad orgánica.

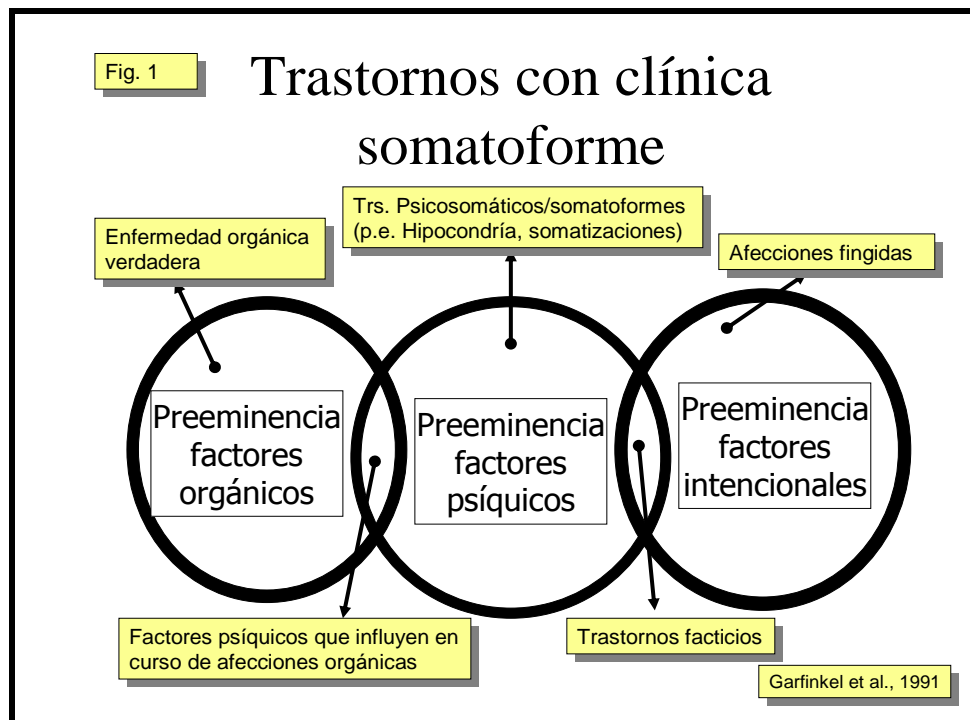
Globalmente los cuadros se clasifican en (**Fig. 1**):

- a) aquellos en los que los factores psíquicos sustituyen o tienen un peso etiológico fundamental en los síntomas físicos (p.e. trastorno conversivo),
- b) aquellos en los que los factores psicológicos influyen en el desarrollo de patología física (p.e. los trastornos clásicamente psicossomáticos: colitis ulcerosa, asma) y
- c) aquellos en los que los síntomas físicos constituyen la manifestación principal del trastorno mental (p.e. trastornos de alimentación) (Garralda, 1992).

Según las clasificaciones actuales, la mayoría de los niños con trastornos somatomorfos no reúnen síntomas suficientes para cumplir los criterios diagnósticos de dichas clasificaciones, presentando un número menor de síntomas y, a veces, siendo algunos de los criterios requeridos inapropiados o extremadamente infrecuentes en la infancia (p.e. los síntomas genitourinarios del trastorno por somatización en el DSM). En la mayoría de los casos, el diagnóstico infantil, según los criterios DSM ó CIE-10, es el de Trastorno somatoforme no especificado. En este sentido sería oportuno adaptar los criterios de la etapa adulta a la edad infanto-juvenil, con el fin de permitir una clasificación más específica y rigurosa.

Un aspecto importante en este proceso de dificultad diagnóstica es el hecho de que los poderosos procesos del Desarrollo en los niños obligan a buscar, de manera más específica, las causas de un síntoma psicossomático no solo en la existencia de los referidos problemas psíquicos, sino en una combinación entre estos y las diversas etapas del Desarrollo que los chicos presentan y que determinan con mucho, sus estilos de interacción con los adultos más cercanos.

FIGURA 1



El diagnóstico de estos cuadros suele ser un diagnóstico por exclusión ("...que no puede ser explicado totalmente por un proceso fisiológico o un trastorno somático", "...no puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida..."). El único dato "de evidencia" que puede orientar hacia estos trastornos, es la relación temporal entre el síntoma físico y determinados acontecimientos vitales estresantes. Realizar un diagnóstico por exclusión, en ausencia de una explicación médica para los síntomas físicos, puede conllevar una serie de problemas:

- 1) Que la enfermedad física aún no se haya manifestado.
- 2) Que los procedimientos diagnósticos apropiados pueden ser finalizados al realizar el diagnóstico psiquiátrico.
- 3) Que el conocimiento de esa enfermedad sea insuficiente.
- 4) Que el problema puede ser orgánico, aunque exacerbado por aspectos psicológicos.

De esta forma el diagnóstico psiquiátrico podría llegar a impedir un adecuado tratamiento (Mc Grath, 1995).

Pero no plantearse un problema psicológico en la etiología de determinados cuadros, conlleva otra serie de problemas, como son el alto coste de los procedimientos diagnósticos y la utilización de múltiples recursos asistenciales, el riesgo de iatrogenia y la posible cronificación del cuadro.

Debe decirse también que el trabajo del psiquiatra de niños ayuda a que los pacientes no suspendan la medicación que se ha indicado para el tratamiento de la afección que le aqueja, ya que numerosos estudios han encontrado que los pacientes con enfermedades crónicas toman sus medicamentos de la manera prescrita solo un 50 a 60 % de las veces, y esto, por supuesto, incide en el éxito del tratamiento y también incide en los costos de dicho manejo clínico (Sackett, 1979).

CONTENIDOS PSICOPATOLÓGICOS

La dificultad para la expresión verbal de las emociones en la infancia, fruto de la inmadurez cognitiva y de la limitación de vocabulario, está considerada como uno de los factores que subyacen a la comunicación del malestar emocional a través de síntomas físicos. La alexitimia se ha situado en el centro de muchos trastornos psicósomáticos en el adulto, en íntima relación

con el pensamiento operatorio, fase evolutiva de especial significación en la infancia, tal y como fue descrita por Piaget. Uno de nosotros (Pedreira, 1991) ya expuso la coincidencia de contenidos entre el pensamiento operatorio descrito por Marty en la clínica psicósomática, la alexitimia de Sifneos y la fase operatoria piagetiana, lo que podía explicar la "facilidad" para la presentación de clínica psicósomática en la infancia y adolescencia.

Cada vez se está desarrollando con un interés creciente el estudio de los rasgos de personalidad de los niños con trastornos somatoformes. Algunos autores han descrito a estos pacientes con rasgos de perfeccionismo, altas expectativas personales, autosuficientes, hiperresponsables, "buenos en todo", que tienden a negar sus ansiedades, con familias felices sin problemas aparentes, donde los conflictos también son negados o relegados (Garralda, 1992; Pedreira & cols., 1996).

En un estudio realizado con 120 adolescentes el estilo defensivo "represor", descrito por Weinberger y Schwartz, ha sido el más frecuentemente hallado en los jóvenes con trastornos somatomorfos, factores psicológicos que afectan a enfermedades médicas y trastornos conversivos. Los adolescentes con un diagnóstico médico en el eje III de la DSM-IV-TR o en el eje IV de la clasificación multiaxial para infancia y adolescencia de la CIE-10, eran igualmente clasificados con más frecuencia como "represores". Este estilo se caracteriza por la incapacidad para identificar adecuadamente la experiencia emocional, especialmente las emociones negativas como ansiedad, ira y agresividad. Esta dificultad parece pronunciarse más a medida que se incrementa el estrés y el estado de alerta (tasa cardíaca, tensión arterial, conductancia cutánea). La alteración de los mecanismos inmunológicos y endocrinológicos provocada por esta activación puede poner a estos individuos en riesgo de padecer más problemas médicos que las personas con otros mecanismos defensivos (Steiner, 1994; Cohen, 1995). Así, se ha observado una disminución de los niveles de IgA a corto plazo tras un estrés psicológico; de esta forma, el estrés aumentaría la frecuencia o la probabilidad de infección tras una exposición viral controlada (Sheffield).

Desde una perspectiva más cognitiva, los pacientes pediátricos con trastornos somatoformes se han caracterizado por su tendencia a monitorizar su propio cuerpo y buscar explicaciones para alteraciones que forman parte de un

funcionamiento normal. La "amplificación somatosensorial" ha sido descrita como un proceso con tres fases: hipervigilancia y atención a las sensaciones corporales, tendencia a focalizar la atención en sensaciones débiles e infrecuentes y disposición a reaccionar a las sensaciones somáticas con cogniciones aprendidas y distorsionadas que llevan a la percepción de esa sensación como alarmante (Campo)

Es interesante señalar también algunas diferencias en la presentación de este tipo de trastornos en adultos y en niños:

- Por ejemplo, la "belle indifférence" observada en algunos TS del adulto, en el niño es mucho más infrecuente y en la mayoría de los casos se muestran muy preocupados por sus síntomas (Ajuriaguerra, Graham, Campo).
- La ganancia secundaria por la enfermedad debe ser evaluada con precaución en los años infanto-juveniles: en circunstancias normales todos los niños obtienen mayores atenciones cuando están enfermos. Otros mecanismos que indiquen que se está estableciendo un sistema de beneficio que refuerza el síntoma deben apoyar consistentemente ese hallazgo inicial (Ajuriaguerra).
- Con mucha frecuencia, sobre todo en casos de trastorno conversivo o dolor somatomorfo, hay antecedentes de un síntoma similar en otro miembro de la familia; que sirve como "modelo". Será de utilidad para el diagnóstico explorar esto, así como la presencia de enfermedades crónicas o discapacidades en otros miembros de la familia (Graham, Campo).
- En los casos de Trastorno por dolor, a la subjetividad propia del síntoma, se añade una dificultad mayor en los niños para referir y cuantificar el dolor. El grado de madurez cognitiva, los conocimientos anatómicos, la interpretación que el niño hace del dolor y las experiencias de las cuales lo ha aprendido, son factores que pueden dificultar la valoración del mismo. Las actitudes de los adultos que los rodean son igualmente importantes, en dos direcciones: la magnificación del dolor y focalización en el mismo y, por otro lado, la negación del mismo. Asumir un alto nivel de dolor en el niño es duro para los adultos que lo rodean.

- Es interesante valorar igualmente el grado de discapacidad y limitación de la vida cotidiana que el síntoma ha ocasionado en el niño. Además de recabar información concreta (días de absentismo escolar, salidas con amigos, deportes, comidas) es interesante explorar esto mismo en la familia, cuando alguno de sus miembros ha tenido algún problema médico, ya que para algunos autores, el grado de discapacidad y limitación en las actividades habituales, es una característica familiar que, por lo tanto, puede llegar a dificultar la reincorporación del niño a una vida más normal.

La baja autoestima y la sintomatología depresiva son síntomas que también pueden acompañar estos procesos. En general estos niños tienen más trastornos por internalización que por externalización (inhibición, hipercontrol, temerosos). La edad puede ejercer un efecto patoplástico, de tal suerte que los más pequeños pueden manifestar más alteraciones emocionales y del comportamiento, mientras que los rasgos de personalidad "más sensible" y la actitud de la familia ante la enfermedad son más importantes en niños más mayores.

Así pues, los problemas suscitados por el niño enfermo son de diversos tipos, y objeto de investigación y estudio que se multiplica a medida que se organiza y amplía la cooperación entre Pediatría y Psiquiatría ya que, como menciona Raimbault (1967), "analizando al niño, la familia, el equipo de atención, todos puestos en tela de juicio por dicho niño enfermo" es como debe hacerse una Medicina moderna y de calidad aunque debamos aceptar que es menos fácil que solamente dar una atención tradicional a dichos problemas.

FORMAS CLÍNICAS DE EXPRESIÓN DE LOS TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA DESDE LA PSICOPATOLOGÍA DEL DESARROLLO

LOS TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS EN LA PRIMERA INFANCIA

Uno de nosotros (Pedreira, 1991) encontró que entre los trastornos psicosomáticos de la primera infancia los más frecuentes son los trastornos del sueño en las dos subetapas etarias contempladas (0-2 y 3-5 años). Los trastornos de la alimentación son el segundo grupo y el tercero son los espasmos del sollozo. En estos tres grupos existe un cierto predominio en la presentación en los niños, mientras que las somatizaciones digestivas son más frecuentes en la segunda subetapa valorada siendo más relevantes en las niñas en una proporción de cinco a uno.

La causa orgánica de base se encuentra presente solo en un tercio de los casos en el momento de la consulta especializada. Tampoco la evaluación de los trastornos relacionales nos aportaba nada nuevo, ya que las figuras parentales eran jóvenes y de clase media-baja en casi su totalidad, solo en un quinto de los casos se detectaron alteraciones relacionales constatables con anterioridad a la demanda.

¿Cómo se puede explicar esta situación en esta etapa evolutiva? La ausencia primero y el escaso desarrollo del lenguaje después, son el factor clave para acercarse a comprender la razón por la que el cuerpo y las funciones corporales obtienen una gran relevancia como forma de expresión de los conflictos psíquicos y relacionales en las primeras etapas del desarrollo humano.

Dentro del funcionamiento cognitivo se contempla que en estas etapas se encuentran los niños en las fases sensorio-motriz, preoperatoria y de pensamiento operatorio. De similar forma los síntomas con expresión somática son considerados con un elevado valor operatorio por la mayoría de las escuelas psicopatológicas.

Además de poseer un contenido operatorio, estos síntomas de expresión somática, también incluyen un elemento clave en el funcionamiento del psiquismo: las propias competencias del bebé, que hacen que estos síntomas

sirvan como metáforas del deseo de la figura materna. En este sentido resaltar que existen unos síntomas "diana" según los procesos evolutivos. No obstante son los síntomas digestivos y los relativos al sueño los que se presentan más frecuentemente con un elevado valor semiológico de la interacción madre-bebé.

En algunos casos existen dificultades de expresión-captación emocional y afectiva en los procesos de interacción. La clínica nos enseña (Pedreira, 1991, 1998; Lanouzière, 1991) que la "madre-alambre" descrita por Harlow bien puede ser una madre deprimida o psicótica, frente a la que el comportamiento del bebé puede ser muy similar. Son tipologías maternas que cuidan adecuadamente en lo somático-físico (higiene, alimentación, vestido), pero la interacción emocional y afectiva se encuentra escindida o muy en segundo plano y con distorsiones patentes en el proceso de vinculación.

Esta orientación nos pone de manifiesto la necesidad de confluir varios sectores en este campo, como en tantos otros, con equipos de profesionales diversos. Entre ellos cabe destacar la colaboración fundamental que pueden hacer los Pediatras, sobre todo desde sus Programas de Atención y Desarrollo al niño sano. Pero hay que considerar que, a pesar de las buenas intenciones o de colaboraciones de mayor o menor duración, hay que volver a "reasegurar" cada paso al pediatra en cada ocasión, tal y como agudamente señalan Maury & Visier (1990), como si no hubiera existido ese "aprendizaje" previo, o mejor aún: como si el lugar de cada uno debiera quedar con una cierta diferenciación para re-organizarse en cada caso.

Muy probablemente sea en esta etapa donde es más difícil que los Pediatras poco entrenados comprendan la importancia de las relaciones interactivas entre la madre y el bebé ya que, como han señalado muy acertadamente grandes psicoanalistas como Margaret Mahler, o Serge Lebovici, es en esta interacción temprana como el bebé puede desarrollarse, reconocerse en la madre y, por supuesto, seguir adelante expresando síntomas emocionales que son vistos por los adultos como simple irritabilidad, dificultad para dormir, hipertonia, no siendo comprendidos como una forma de interacción que predispone el terreno para el futuro estilo relacional de este niño.

LOS TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS EN LA EDAD ESCOLAR

En una población de niñ@s con edades comprendidas entre 6 años y 11 años y 11 meses, que acuden a una consulta de pediatría en un centro de atención primaria, durante un periodo de tres meses (prevalencia puntual) con quejas somáticas, realizamos una investigación de prevalencia de trastornos mentales (Pedreira & Sardinero, 1996). La tasa de prevalencia de trastornos mentales en la investigación alcanzó el 30.2% (30.1% en niños y 30.4% en niñas). Los trastornos por somatización alcanzaron una prevalencia del 12,5%, tras los trastornos de ansiedad y de los depresivos y por delante de los trastornos de conducta.

Para las formas clínicas de manifestación de la clínica somatoforme en la infancia, se analizaron los resultados del conjunto de la muestra con el ítem 56 del CBCL de Achenbach que se enuncia como "quejas somáticas sin causa médica detectada". En las niñas se va incrementando desde el 10% a los 6 años de edad, hasta el 30% a los 11 años. Para los niños se presentan dos picos a los 8 y los 10 años con una prevalencia en torno al 40%.

La clínica neurológica más frecuente son los mareos que se presentan en incremento en las niñas, alcanzando una media del 40%. Los tics, sobre todo en los niños a partir de los 10 años (en torno al 30%), mientras que en las niñas prácticamente desaparece a partir de los 11 años.

En la clínica dermatológica, resalta el prurito -con o sin lesiones de rascado- con tasas en torno al 30% (dos picos en los niños (a los 7 y 10 años) y un pico a los 8 años en las niñas). La clínica alérgica, sobre todo el asma, tanto en niños como en niñas, dado que su prevalencia se incrementa con la edad, duplicando su prevalencia en el intervalo estudiado.

La clínica digestiva, en concreto los trastornos alimenticios son, con mucho, los trastornos de mayor prevalencia en la etapa estudiada. El trastorno por el que más se consulta al pediatra de atención primaria es el comer mal (Item 24), siendo un síntoma que en los niños va descendiendo desde el 80% a los 9 años hasta el 20% a los 11 años; mientras que en las niñas presenta su máxima prevalencia a los 7 años con el 60% y tras un descenso se estabiliza (en torno al 40%) con ligera tendencia al alza a los 11 años. La pica es poco prevalente, 6% en ambos sexos, presentándose un pico a los 8 años en las niñas y otro pico a los 10 años en los niños. No obstante la forma más

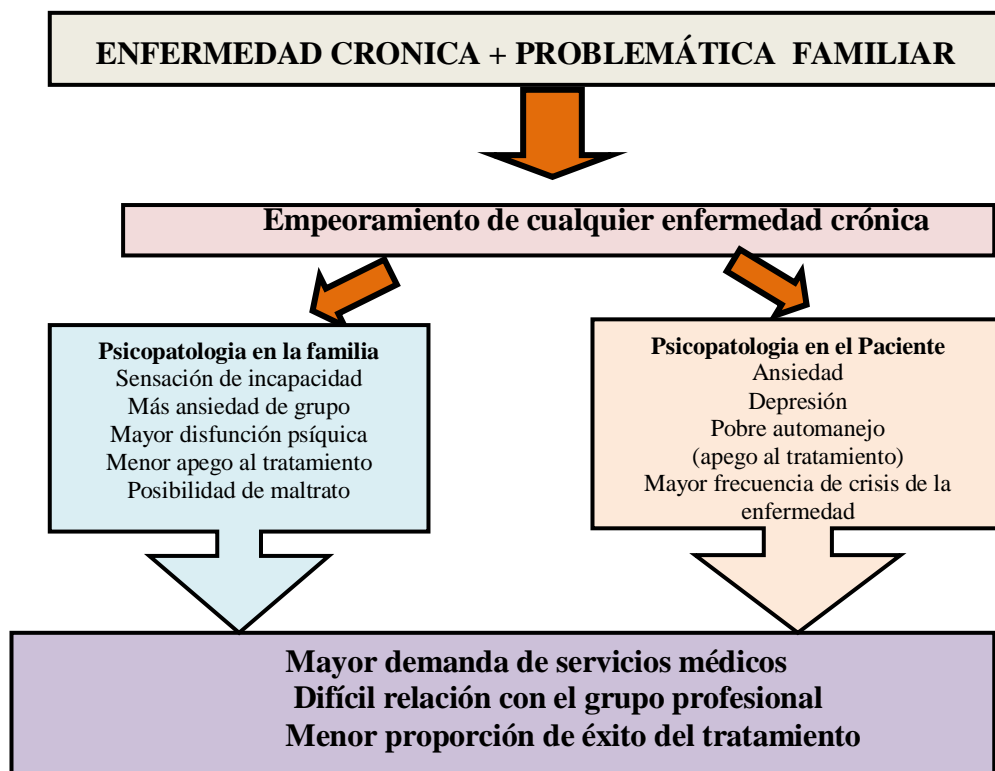
peculiar de pica sería la onicofagia que se va incrementando en los niños y evoluciona en forma de picos en las niñas. La bulimia, quizá sería más propio decir hiperfagia en esta etapa (Item 53), es un trastorno que evoluciona con picos hacia el alza, tanto en niños como en niñas; se presentan los picos más precozmente en las niñas y se corresponde con un valle en los niños; en este periodo de edad la tasa casi se triplica y se corresponde con un incremento de peso en igual proporción. Las abdominalgias son un síntoma más frecuente en las niñas que en los niños, sobre todo a partir de los 9-10 años de edad.

Los trastornos del sueño representan una proporción importante que se incrementan mucho más en las niñas a partir de los 10 años, coincidiendo con un descenso en los niños a esa edad, lo que ocurre tanto en el trastorno al conciliar el sueño como en la percepción de dormir poco para su edad, siendo menos relevante el dormir más tiempo para su edad.

Otro apartado importante a considerar es el relativo a las interacciones que acontecen en las afecciones crónicas de la infancia, que tienen un gran impacto en el conjunto de la Interacción familiar y sobre todo con los hermanos, un resumen de estos factores los exponemos en la **Tabla I**.

TABLA I

Fuente: O. Sánchez Guerrero (2002)



Comentarios clínicos: Hay suficientes pruebas clínicas para afirmar que los pediatras alcanzan el nivel más alto de sensibilidad para los problemas de adaptación y conducta (Garralda), los retrasos madurativos y los trastornos depresivos (Pedreira) y el nivel más bajo para los problemas de relación, de ansiedad, de personalidad, de autonomía infantil y psicósomáticos (ya que los contemplan, casi de forma exclusiva, desde el punto de vista orgánico) (Costello et al.; Garralda y Pedreira). **Lo que significa que los pediatras identifican la mitad de los niños con problemas mentales y derivan a los servicios especializados de salud mental infanto-juvenil sólo la mitad de los casos identificados** (Costello).

Se ha venido confirmando en diferentes estudios la coexistencia de dificultades emocionales y conductuales en un considerable número de niños con síntomas somáticos y que este tipo de trastornos son más comunes entre los niños que acuden a las consultas pediátricas que en la población general (Costello et al.; Garralda; Garrison et al.; Giel et al. y Haggerty). Para explicar la tendencia a consultar más en los servicios pediátricos los niños que padecen algún tipo de trastornos emocionales se han aducido factores familiares y maternos. Sheperd et al. observaron que estas consultas estaban relacionadas principalmente con las reacciones de las figuras parentales y no tanto con el tipo de trastornos comportamentales que presentaban los niños. Estando las madres más predispuestas a tener ansiedad, depresión y a sobrecargarse fácilmente de tensión, también estas madres son menos capaces de hacerse comprender y ellas entender a sus hijos, con más tendencia a la discusión y a buscar ayuda. Mechanic, Roughman & Haggerty mostraron igualmente una asociación entre el estrés en la familia y el uso exagerado de los servicios de salud. Las madres de estos niños tienden a sobredimensionar los problemas de sus hijos, describiéndolos como más aletargados, generalmente con salud delicada y con más desventajas debido a los síntomas físicos que los aquejan de forma continua.

Está ampliamente reconocido que los niños con problemas psicósomáticos y enfermedades físicas crónicas tienen un exceso de síntomas emocionales y conductuales con cambios de humor y problemas de relación, la mayoría de estos niños no sufren trastornos mentales severos, aunque coexisten diferentes tipos de problemas psicológicos que están relacionados (Garralda).

La conexión entre problemas médicos y problemas de salud mental en la práctica pediátrica fue examinada por Goldberg et al. La gran mayoría de los niños fueron consultados por síntomas físicos o cuidados de salud infantil, las tasas de problemas de salud mental entre estos niños fue de 4,5%. Mientras que el riesgo de presentación de problemas de salud mental entre los niños con cuadros crónicos se elevaba al 13,1%. El cuadro médico asociado con tasas altas de problemas de salud mental incluía malformaciones congénitas (18,2%); trastornos endocrinológicos, nutricionales y metabólicos (12,3%); trastornos del sistema genito-urinario (9,4%) y cuadros sintomáticos mal definidos (7,8%). Estas asociaciones apoyan los resultados del estudio de Starfield et al. El intervalo medio entre las dos últimas visitas fue, en general, más corto para los niños con diagnósticos de problemas de salud mental que para aquellos sin tales diagnósticos. Este resultado fue ratificado de nuevo por Costello, Garralda & Bailey y Starfield et al. por lo que sugiere que la frecuencia más alta de consultas médicas ocurre entre niños con problemas de salud mental.

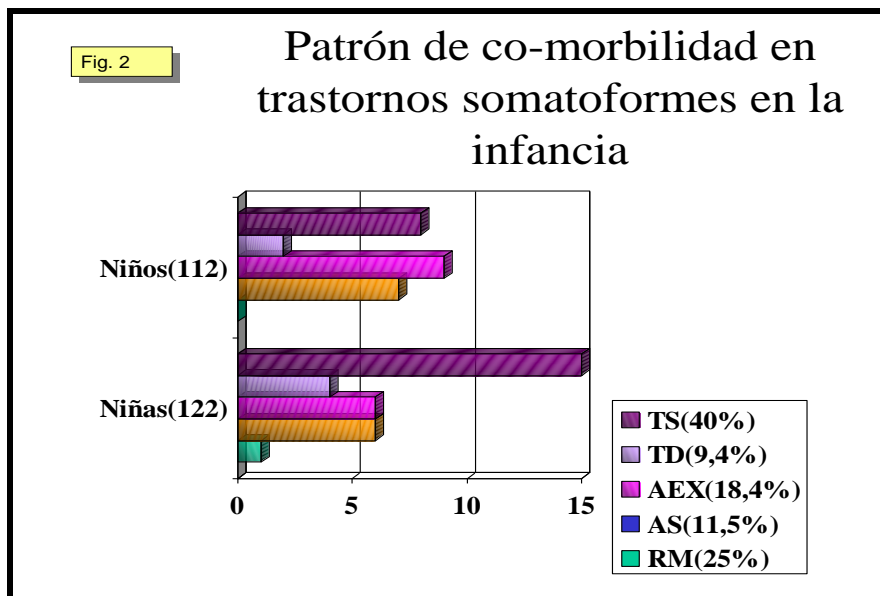
En un trabajo de Garralda & Bailey realizado sobre población infantil en edades comprendidas entre los 7-12 años que acudían a consultorios de Pediatría general se estimó una tasa de factores psicológicos asociados a la presentación orgánica del 47% de los niños. Siendo la tasa más alta informada de los estudios revisados. La clínica más frecuente era: abdominalgias, cefaleas y amigdalitis de repetición. Los pediatras identificaban los factores psicológicos asociados con las presentaciones somáticas de un 33% a un 55% de los niños, sobre todo asociado con:

- (1) algunos síntomas psicológicos y somáticos en el niño,
- (2) trazos de personalidad obsesivos y sensitivos,
- (3) severos problemas familiares, madres con tratamiento psicofarmacológico y/o sin trabajo fuera del hogar y
- (4) una especial forma de relación madre-hijo. Similares resultados se han obtenido con muestras en España (Pedreira; Pedreira, Rodríguez-Sacristán & Zaplana).

De especial relevancia resulta analizar la actualmente denominada comorbilidad en estos procesos (**Fig. 2**), se constata que para ambos sexos son los trastornos de ansiedad (de separación o ansiedad excesiva) los que son

más prevalentes, seguidos de los trastornos depresivos. Por lo tanto esta situación refuerza la línea de que los trastornos somatoformes son una “forma de expresión” de los trastornos mentales en esta etapa de la vida, sobre todo en contenidos relativos a la vivencia de la estabilidad y funcionamiento vincular, sea por un funcionamiento inseguro o por hiperestimulación (ansiedad excesiva) o relativo a la pérdida del objeto (ansiedad de separación y trastornos depresivo). Pero en una parte importante el trastorno somatoforme permanece sin ningún otro proceso psicopatológico de base, cabe decir que es sintónico con la etapa evolutiva de las operaciones concretas piagetianas o del pensamiento operatorio que coincide básicamente con los contenidos definitorios de la alexitimia, según hemos expresado con anterioridad en otros apartados de este trabajo.

FIGURA 2



Fuente: E. Sardinero & J.L. Pedreira (1996)

LA CLÍNICA PSICOSOMÁTICA EN LA ADOLESCENCIA

La preocupación por el cuerpo: su aspecto, la imagen corporal, el poseer un cuerpo sano, bello y fuerte, versus tener alguna enfermedad o defecto, son temas de una gran sensibilidad en la adolescencia. Estos temas clínicamente tienen dos formas clínicas de presentación fundamentales: temores hipocondriacos y el narcisismo del adolescente.

La presentación somatizada en la adolescencia **no solo traduce un síntoma o un grupo de ellos, sino que remite a una forma de reaccionar y es una forma de expresión de los trastornos psicopatológicos en esta etapa de la vida.**

Baker publicó una revisión de los estudios existentes acerca de los efectos del estrés sobre distintas afecciones de tipo inmunitario y encontró una alta incidencia de procesos atópicos como son el asma y la fiebre del heno, en pacientes con trastornos afectivos. González de Rivera ha formulado la "Ley General del Estrés", según la cual "cuando el grado de estimulación ambiental supera o no llega a los niveles en que el organismo responde con eficacia idónea, el individuo percibe la situación como nociva, peligrosa o desagradable, desencadenando una reacción de lucha-huida y/o una reacción de estrés, con hipersecreción de catecolaminas y cortisol".

Tras los últimos descubrimientos en el campo de la Psicoimmunobiología, se ha demostrado que factores psicosociales generarían reacciones emocionales que pueden dar lugar tanto a déficit como a incrementos de la respuesta inmunológica. Las características cuantitativas y cualitativas de estos factores psicosociales, determinarán el tipo de cambio y provocarían las anomalías.

La hipótesis que defendemos como mecanismo de producción de clínica psicósomática en la infancia y la adolescencia (PEDREIRA, 1991, Pedreira & Kreisler, 1998) es la siguiente: Los linfocitos T o timodependientes son los encargados de la memoria inmunológica, tanto para el reconocimiento de los antígenos propios como de los extraños. Son los encargados de reconocer los componentes externos y hacer que el sistema inmunitario se ponga en marcha para reaccionar: bien sea porque un contacto previo les dejó la impronta o bien para decir que no consta en su memoria y hacer que el organismo responda para su destrucción y para guardar su recuerdo para un posible próximo contacto en el futuro. Pero también deben reconocer los componentes corporales como propios y evitar la autodestrucción por el sistema inmunitario:

Se sabe que la claudicación o agotamiento de las defensas del organismo (sean de tipo psicológico u orgánico) favorece una declinación de la actividad homeostática del organismo que conduce a una alteración del medio interno. Es lo que en Patología General se enunciaba como: Síndrome General de

Adaptación (SGA) y que hoy se relaciona con las situaciones de estrés. En estas situaciones de estrés existe un incremento manifiesto de catecolaminas circulantes que realizan una cierta depleción de aminos cerebrales; esta situación de depleción de aminos cerebrales se ha relacionado con el fundamento bioquímico de los cuadros depresivos. Pues bien, se ha detectado que (Fig. 3) en la membrana de los linfocitos T existen unos receptores específicos para este tipo de aminos y cuando estos receptores de membrana se encuentran ocupados se forma un complejo que impide la respuesta inmunitaria de forma eficaz, favoreciendo en cierta medida la intercurencia de enfermedades.

FIGURA 3



La hipótesis que defendemos como mecanismo de producción de clínica psicósomática en la infancia y la adolescencia (PEDREIRA, 1991, Pedreira & Kreisler, 1998) es la siguiente: Los linfocitos T o timodependientes son los encargados de la memoria inmunológica, tanto para el reconocimiento de los antígenos propios como de los extraños. Son los encargados de reconocer los componentes externos y hacer que el sistema inmunitario se ponga en marcha para reaccionar: bien sea porque un contacto previo les dejó la impronta o bien para decir que no consta en su memoria y hacer que el organismo responda para su destrucción y para guardar su recuerdo para un posible próximo contacto en el futuro. Pero también deben reconocer los componentes

corporales como propios y evitar la autodestrucción por el sistema inmunitario:

1. La concurrencia de una situación de estrés (p.e. fallecimiento de un ser querido, concurrencia simultánea de varios acontecimientos vitales estresantes, situaciones vitales personales de especial significación personal, procesos evolutivos y del desarrollo de riesgo, como enfermedades crónicas de figuras parentales o hermanos, etc.) hace que exista una cierta depleción de aminas cerebrales (tanto del sistema adrenérgico como del serotoninérgico) que hace que se incremente su tasa en la circulación general y entonces se fijan en los receptores de membrana específicos de los linfocitos T. Esta situación hace que ocurra un doble mecanismo, similar a lo que acontece en otro proceso corporal de singular interés, cuál es la coagulación intravascular diseminada (enfermedad hemorrágica por hiperconsumo de los factores de coagulación, se muere de hemorragia cuando existe una sobretasa de coagulación): en primer lugar la tasa circulante de aminas disminuye por lo que la depleción cerebral es mayor para mantener la tasa elevada circulante ante la agresión (interna o externa) que origina la situación estresante, lo que da lugar a una depleción de linfocitos para que existan más receptores que capten ese incremento de aminas circulantes, como consecuencia se establece el primer círculo vicioso: **a mayor tasa de aminas circulantes, existe un número creciente de linfocitos que captan en sus receptores más cantidad de aminas, con lo que la depleción cerebral de aminas para incrementar/mantener la tasa de ellas circulante es mayor.**

2. En segundo lugar: estos linfocitos T, cuyos receptores están ocupados por las aminas (catecolaminas y serotonina), poseen una respuesta inmunitaria muy disminuida, por lo que sus propiedades de reconocimiento se encuentran afectadas; en esta situación la agresión al organismo va a venir dada por una mayor facilidad para contraer procesos de enfermar: caso de la interurrencia de algún factor externo sería una afección más o menos banal (p.e. vírica) o bien la falta de reconocimiento de componentes corporales propios sería alguna afección autoinmunitaria (p.e. hipertiroidismo, alopecia, etc.); con la afección intercurrente (fruto de la parálisis defensiva acontecida por la fijación en los receptores de los linfocitos T de la sobretasa de aminas circulantes) se cierra un segundo círculo vicioso: **la afección acontecida en situaciones de**

estrés hace trabajar al sistema inmunitario para abordar el proceso nuevo, pero también el estado emocional del sujeto y del ambiente circundante se altera incrementando la situación de estrés lo que remite al inicio de la situación.

Gracias a los estudios de Psicoimmunología se van confirmando cada vez más las repercusiones de los factores psicológicos sobre el sistema inmunitario, lo mismo que a través de la neuro-inmuno-modulación, los mecanismos mediante los que el sistema nervioso modula la actividad del sistema inmunitario, interviniendo numerosos procesos reguladores muy complejos. Parece que toda la actividad inmunitaria está regulada por el hipotálamo (GILA y MARTIN MATEOS). Así en el caso del asma los estudios de EKMAN y col. demostraban la disminución de la corriente de aire mediante los estímulos estresantes. También los de BAKER que publica una revisión de los trabajos sobre la influencia del estrés sobre las afecciones inmunitarias, encontrando una alta incidencia de procesos inmunes como el asma, en personas muy afectivas. GILA y col. encuentran una estrecha relación entre la vivencia de estrés por parte de los niños y las crisis de asma.

Destacamos cuatro tipos fundamentales de presentación: las somatizaciones, los formas clínicas emparentadas con el síndrome de Münchhausen y, quizá el más frecuente de los problemas: el acné juvenil y la gran estrella actual: los trastornos del comportamiento alimentario (TCA).

1. Las somatizaciones en la adolescencia: Entre los síntomas más frecuentes se encuentran: los **síntomas de ahogo** ("se me pone como un nudo en la garganta que parece que no me deja respirar", es la forma en que lo expresan la mayoría de los y las adolescentes), se suele acompañar de síntomas cardio-circulatorios como sensación de taquicardia o de "vuelco" del corazón o de "sentir los latidos". Otra forma de presentación son **los dolores**, sobre todo las abdominalgias, las cefaleas y las artralgias; no es extraño que se acompañen de signos clínicos de tipo neurovegetativo como: sudoración, palidez, sensación de escalofríos, sensación nauseosa con o sin vómitos acompañantes. Pero, sin lugar a dudas, la somatización más sensible consiste en **la alteración del sueño**: dificultad para conciliar el sueño, despertarse a media noche, pesadillas, temores y miedos nocturnos; los motivos aducidos de temores a que se robe en la casa, a que entre alguien en la habitación, a que

pase algo durante el sueño y no se den cuenta, fantasías de raptó, agresión y muerte son frecuentes y se suelen acompañar de alteraciones del humor, irritabilidad y sensación de desconcierto en el medio familiar y en ell@s mismos, en ocasiones se suele calmar con la presencia y sensación de contacto de alguna figura de apego (casi siempre la figura materna o uno de los herman@s, que suelen aceptar acostarse, aún a regañadientes, para que se tranquilice la situación). Las pruebas complementarias, suelen repetirse y sus resultados, persistentemente, se encuentran en los límites normales. La presencia de síntomas de ansiedad, con contenidos fóbicos, obsesivos o mixtos, no es extraña.

Cabe destacar aquí, que el proceso de Desarrollo adolescente tiene un papel importante en la generación de la sintomatología psicosomática, ya que como se comentó anteriormente, los problemas de sueño, las fantasías de daño y los síntomas de ansiedad pueden relacionarse fácilmente con los cambios afectivos en esta edad, con la revalorización que se hace de los padres como seres no omnipotentes, y con la posibilidad de que las fantasías de agresión que se tienen desde mucho antes, puedan ahora cumplirse ya que se posee un cuerpo y una fuerza física suficiente, lo que provoca, en parte, la ansiedad y los temores tan frecuentemente encontrados en esta etapa.

No es raro tampoco encontrar, después de una entrevista cuidadosa, que muchos de los síntomas que aquejan al adolescente tienen también su origen en la problemática de su desarrollo psicosexual, que está presente y activo en la vida de los jóvenes y que los enfrenta en la realidad a la posibilidad de expresar su sexualidad ante sus padres, sabemos que éste es un factor de importancia en patologías específicas como la anorexia nervosa, o en otros cuadros.

2. Las formas clínicas del Münchausen en la adolescencia: En un trabajo anterior hemos descrito las formas clínicas de presentación del denominado síndrome de Münchausen en la infancia y la adolescencia (Pedreira & Martín-Álvarez). De entre ellas el Münchausen por poderes es la forma más excepcional en esta etapa del desarrollo, aunque, en ocasiones, ha podido ser el inicio del cuadro actual o tenerlo como un antecedente personal de silente presencia. El cuadro que hemos denominado como "**doctor shopping**" sería como una consecuencia de los beneficios secundarios originados por la

presencia de somatizaciones: ir de médico en médico que realiza, una y otra vez, un sinnúmero de pruebas complementarias, cada vez más sofisticadas, cuyos resultados son persistentemente normales; se va adquiriendo un entrenamiento en responder a las preguntas y al sentido clínico de alguna de las fases de la anamnesis y exploración, se va poseyendo una especie de "barniz" sanitariforme y falsa comprensión con un fondo de reivindicación: "aunque no se encuentre, algo pasará". El cuadro clínico conocido como **síndrome de Polle**, consiste en el padecimiento de un síndrome de Münchhausen en la figura materna (habitualmente) y también en el hijo adolescente; son quejas reiteradas y bastante parecidas: "ya llevo así muchos años y le va a pasar como a mí", "así empecé yo", "debe ser de herencia". En estas edades ya empieza a presentarse el **síndrome de Münchhausen vero**, es decir: provocación directa o indirecta de procesos de enfermar con el fin de desencadenar la intervención médica.

No podemos dejar de comentar que este cuadro es una forma de Maltrato Infantil, que puede ser muy sutil, pero que debe establecerse claramente su pertenencia a este grupo de diagnósticos donde el niño es agredido en este caso por una madre que busca hacerle pruebas aún dolorosas o con riesgo a fin de comprobar una enfermedad que no existe, pero que es parte de la psicopatología materna y, algunas veces, de la ligazón patológica entre ambos.

La certeza diagnóstica que pueda llegar a tenerse en este caso, sería de gran ayuda para el niño ya que podría cortar con un proceso de maltrato crónico que daña profundamente toda la estabilidad psíquica del individuo, de ahí la importancia que tiene el que sea reconocido tanto por el Pediatra como por el Psiquiatra.

3. El acné juvenil y otras afecciones dermatológicas en la adolescencia: La piel es el más relacional de todos los sistemas del organismo humano. Carta de presentación y de identidad hacia el exterior.

El **acné** traduce una parte de expulsión de algún residuo almacenado en forma tóxica para el sujeto, también una puerta de entrada desde el exterior donde reinfectar. Pero lo que evidencia es una alteración de la imagen facial y, por lo tanto, de la comunicación con los otros, motivo de retraimiento

comunicacional. Lo que originará dolor. Para colmo de males el acné deja una huella: la cicatriz y la apertura del poro dérmico de forma visible.

No interesa aquí la etiología exacta del proceso, sino su valor y confluencia de varias causas: cambios hormonales y el papel de los estrógenos, el incremento de la grasa, los estudios sobre inmunología, la infección sobreañadida, la posible diseminación. Cumplen su función, pero fundamentalmente nos interesa el contenido psicopatológico: etapa adolescente con gran interés en el cuerpo, en la imagen hacia los demás y ambas situaciones se ven afectadas por una apertura de poros: espinillas, puntos blancos, puntos rojizos, pústulas y un final evidente: la cicatriz.

La **alopecia areata y la tricotilomanía** son dos alteraciones dérmicas de especial relevancia. La primera referida a calvas de mayor o menor extensión, de bordes nítidos y sin restos de cabellos, muy relacionada su aparición con procesos de duelo y/o separaciones abruptas. Su evolución es muy variable y puede llegar a las espectaculares calvas generalizadas. Se relacionan con estructuras severas de la personalidad y funcionamientos muy simbióticos con la figura de apego.

La **tricotilomanía** es un arrancamiento voluntario de cabellos, en ocasiones se acompaña de un cierto mecimiento y enroscamiento de algunos mechones. Sus bordes son irregulares y en su interior existen restos y raíces de cabellos, ésta es la diferencia fenomenológica con la alopecia areata. Se presenta ante situaciones de ansiedad o cuando se pretende obtener algún beneficio secundario evidente, sobre todo aparece unida a cierta impulsividad y compulsividad.

Entre los adolescentes, la presencia de todos estos síntomas provoca gran malestar debido a la exposición ante los demás, en una etapa en la que el cuerpo, más que en cualquier otra edad, es la carta de presentación ante el mundo y, por ello, es que estos datos se vuelven una especie de círculo vicioso, donde la presencia del síntoma genera más ansiedad, lo que lleva a que el síntoma se intensifique y eso genera más ansiedad, cerrándose el círculo, y eternizando el síntoma, pese a los tratamientos dermatológicos que se propongan.

4. "Comer nada" o anorexia versus bulimia: ¿Cómo es posible aislar un trastorno, como paradigmático, y descuidar un criterio global, de atención a la

totalidad de los trastornos mentales que acontecen en el proceso de desarrollo humano? La pujanza social, económica y cultural de las familias (la gran mayoría de clase media, media-alta y alta) es solo una razón (a diferencia del origen humilde y con escasa cultura de otros trastornos mentales de la infancia y de la adolescencia); pero tampoco podemos olvidar el legítimo deseo de relevancia de algunos grupos de profesionales.

Los trastornos de la alimentación o la más sofisticada denominación (un tanto forzada a nuestro entender) de trastornos del comportamiento alimentario, como se les denomina genéricamente en los sistemas de clasificación de los trastornos mentales CIE-10 y DSM-IV, no son ni algo nuevo ni algo que solo acontece en esta etapa ni con esta patoplastia. Ya en 1.689 Richard Morton describió un cuadro clínico que denominó "**consumpción nerviosa**" que coincide básicamente con este tipo de trastornos, algo más de un siglo después fue Lassègue quien describió un cuadro como l'anorexie hysterique que ya es mucho más superponible con el cuadro clínico actual.

En 1.874 Sir William Gull describe con gran minuciosidad un cuadro clínico que se caracterizaba porque se presentaba sobre todo en mujeres jóvenes y adolescentes, con edades comprendidas entre los 16 y 25 años; que cursaba con una extrema delgadez, una disminución o falta total de apetito sin que existiera una causa física demostrable y se acompañaba de amenorrea, bradicardia, estreñimiento, astenia e hiperactividad psicomotriz y social. Lo cierto es que este científico no pudo estar más acertado, fenomenológicamente hablando.

Contenidos psicopatológicos: Existe, en estas pacientes, un conflicto de identidad entre los aportes del grupo étnico, cultural y las demandas familiares. No están ajenos a estos avatares los medios de comunicación social, con sus reportajes de ensalzar las figuras longilíneas y, un tanto asexuales, de determinadas modelos ("top-models"), secundados por la presión de los fabricantes de ropa en serie ("pret à porter") y del grupo de pares, para sorpresa y anonadamiento de las figuras parentales (últimamente por medio de páginas web tipo "Ana" o "Mia" donde se ensalza la AN o la BN, respectivamente, como "un estilo de vida y no como una enfermedad y donde se transmiten normas y consejos para "engañar" a las figuras parentales y a los profesionales de la medicina: ¡peligro!). La adolescente (la relación

chicos/chicas es 1/7, aunque tiende a disminuir la diferencia entre ambos sexos y la edad de presentación) queda atrapada en las relaciones del grupo y la identidad corporal, existiendo una confusión hacia las presiones del grupo y de los fenómenos sociales.

Aparecen reacciones negativistas y opositoristas hacia las situaciones vitales. Aparecen reacciones de naturaleza ansiosa, persecutoria o depresiva hacia determinados factores de estrés, como p.e. la ruptura familiar, cambio de roles familiares, estrés educativo.

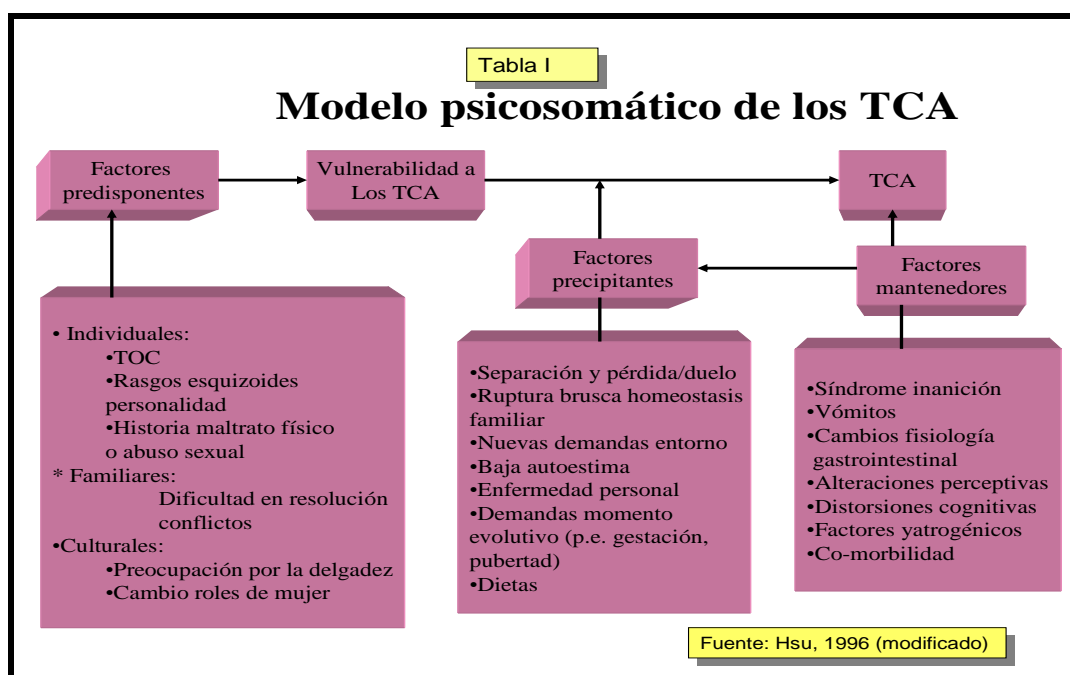
Todo ello se presenta en una fase con conflictos específicos y con conflictos internalizados de cierta relevancia y relacionados con las pulsiones sexuales y agresivas, con los cambios corporales y con los cambios de la imagen corporal y de la identidad psicológica. De esta suerte el cuerpo perfecto es el instrumento con el que se expresa la omnipotencia infantil y sirve para aislar, aunque de forma variable, los mecanismos de afrontamiento más de tipo psicótico.

La ansiedad y la confusión, expuestas en los apartados precedentes, con la sumación de otros aspectos alteran la percepción corporal del apetito. De esta suerte emergen defensas bastante fuertes y abandonicas frente a las situaciones de querer y ser querido, es decir frente a la elección del objeto de deseo y de amor. El problema del control de los conflictos se desplaza hacia el control de la bulimia, con lo que aparecen fases alternativas de anorexia y de bulimia.

Modelo psicósomático de los TCA (**Tabla II**): En este modelo integrador y comprensivo no se excluye unos **factores predisponentes individuales** (TOC, rasgos esquizoides o narcisistas de la personalidad, historia previa de malos tratos o abusos sexuales en la infancia); **factores familiares**, sobre todo los referidos a la dificultad en la resolución de los conflictos, y **factores culturales** (preocupación por la delgadez y el cambio de roles de la mujer en la cultura actual). Esos factores predisponentes condicionan la existencia de una **vulnerabilidad** hacia la presentación clínica de trastornos de la alimentación, pero para que acontezca el cuadro clínico de trastorno de la conducta alimentaria precisa la concurrencia de dos tipos de factores que establecen el funcionamiento en círculo vicioso y, por lo tanto la persistencia del cuadro clínico. Para que la vulnerabilidad se convierta en cuadro clínico

de los TCA se precisan unos **factores predisponentes** que pueden presentarse de forma aislada o con la concurrencia de varios de ellos: Separaciones, pérdidas y duelo; ruptura de la homeostasis familiar; nuevas demandas del entorno a las que previamente estaban "controladas"; baja autoestima; enfermedad personal, sobre todo de tipo crónico o que afectan al esquema corporal; demandas propias del momento evolutivo (p.e. pubertad, gestación) y, sobre todo, la realización indiscriminada y descontrolada de dietas alimenticias. La acción de estos factores predisponentes hacen que se presenten los TCA, pero para su definitivo establecimiento se precisa la acción de **factores mantenedores** del proceso: los efectos del síndrome de inanición, sobre todo por el cambio de la percepción del hambre/repletud; la presencia de vómitos, sobre todo los autoprovocados; los cambios de la fisiología gastrointestinal, unos provocados por el/la paciente y otros que son efecto del proceso; las alteraciones perceptivas, que contienen un fuerte contenido regresivo, p.e. confusión de retortijones de hambre con dolores y ellos con imposibilidad de ingerir alimentos, o la alteración perceptiva de la imagen corporal: verse gorda, identificar los movimientos peristálticos como repletud intestinal.; factores iatrogénicos (la "lectura" de determinados profesionales que pueden precipitarse en el proceso diagnóstico, la atención en unidades específicas que potencian el rol "enfermo especial" o las normas contradictorias provocadas por la ruptura de la continuidad asistencial) y, por fin, la co-morbilidad real y la inserción del proceso como síntoma en un cuadro psicopatológico de mayor calado, p.e. señalar como TCA por el "prestigio del enfermar" actual algunos procesos más severos como una psicosis incipiente en la adolescencia.

TABLA II



APROXIMACIÓN TERAPÉUTICA: LA FUNCIÓN DE LA INTERCONSULTA

La intervención terapéutica en los procesos psicosomáticos de la infancia y la adolescencia no es sencilla. Precisa formación adecuada y experiencia clínica. Es muy relevante señalar lo siguiente: **una intervención terapéutica o psicoterapéutica desafortunada o intempestiva hace que aparezca una descompensación en la zona sensible, en estos pacientes la descompensación se traduce en una reactivación del cuadro somático (p.e. nueva crisis, reagudización de un proceso crónico) lo que hace focalizar los cuidados y atención en el restablecimiento de las funciones corporales.**

Lo dicho con anterioridad hace que resaltemos que ante un proceso psicosomático **independientemente de la etiología y de los factores desencadenantes, es fundamental y prioritario atender la descompensación orgánica y somática del paciente como si fuera exclusivamente orgánico el proceso y posteriormente se incluirá en el abordaje psicoterapéutico.** Por ello la complejidad terapéutica aconseja una gran experiencia clínica de los profesionales, que incluya la obtención de habilidades y conocimientos en los procesos clínicos de las formas de

presentación (p.e. se debe conocer principios de fisiopatología, clínica y exploración de procesos somáticos como el asma o la diabetes o la mucoviscidosis).

I BASES GENERALES:

1.1- Realizar una buena **anamnesis y exploración clínica**, tanto desde la perspectiva orgánica como psicopatológica (evolutiva, familiar, relacional). No es oportuno hacer la historia clínica en una sola sesión, recomendamos fraccionar la exploración en fases: primero referirse al proceso objeto de la consulta con todo detalle, después la historia evolutiva y de desarrollo psicosocial, para finalizar con la historia familiar, a lo largo de varias entrevistas. Un aspecto fundamental es que las entrevistas, en estos procesos con más ahínco si cabe, el cumplimiento del encuadre terapéutico es muy importante, sobre todo en cuanto al principio, duración y final de las entrevistas.

1.2- Valorar la presencia de **factores estresantes** (p.e. exámenes, discusión con amig@s, expresión de celos, cambios en estilos de vida o domicilio, enfermedad de padres/hermanos/familia/amigos).

1.3- **Evitar la repetición de pruebas complementarias** que ya hayan sido realizadas previamente, de esta suerte no se "medicalizará" en exceso la situación. Ya que este proceso, de repetir las pruebas complementarias médicas, tiende a incrementar el valor operatorio ya de por sí muy hipertrofiado en estos sujetos y sus familias.

1.4- La **entrevista con el niñ@ y adolescente** cobra en estos trastornos toda su importancia. La mezcla de conocimiento y arte adquiere aquí toda su aplicación real. Ver el funcionamiento psíquico, el nivel de empatía, la presencia o ausencia de formaciones simbólicas (p.e. dibujos temáticos (sugerimos: la familia, un sueño, el miedo, el colegio, la enfermedad, una persona que no es normal y uno inventado), juego diagnóstico, contar sueños, fantasías diurnas). González de Rivera ha ingeniado una secuencia de gran interés para averiguar el funcionamiento simbólico de la infancia en caso de clínica psicosomática, sobre todo cuando se presenta una somatización en forma de dolor; consiste en preguntar una posible identificación del dolor/molestia/malestar en relación a: un animal, un color, una persona, un

objeto/cosa, un sentimiento, una sensación y otorgarle una forma. El valor semiológico, incluso para señalizaciones terapéuticas resulta de gran interés. Como punto fundamental del proceso de evaluación inicial, algunos autores (Dallal, Romano) consideran que es importante dar el tiempo a los pacientes para que el proceso de alianza con ellos se establezca, es decir, que aunque tengamos claro que se debe cumplir el encuadre terapéutico, algunos pacientes tanto por su psicopatología o por las características del cuadro que presentan, no pueden tolerar una larga consulta evaluatoria, con preguntas constantes, por lo que ha mostrado utilidad efectuar este proceso de manera paulatina, aumentando o acortando los tiempos de la entrevista según el paciente lo requiera, pero a cambio, organizándolo de manera tal que sea constantemente, cada día, mientras el paciente esté hospitalizado, a horas precisas y sin entrar en el proceso de la "medicalización" (hacer el pase de visita junto con todo el equipo pediátrico) sino más bien dar un espacio especial al paciente y a la evaluación que requerimos.

II ABORDAJE EN ATENCIÓN PRIMARIA Y SERVICIOS DE PEDIATRÍA:

En las **Tablas III y IV** se resumen los principales contenidos a trabajar para la evaluación de las somatizaciones agudas y crónicas, son principios generales, pero de importancia básica con el fin de evitar la cronicidad y reconducir la demanda.

2.1- Escuchar al niñ@ y al valor en la familia del síntoma/proceso somático presentado. En otras palabras, consiste en **contextualizar**, lo que incluye articular el padecimiento del niñ@ como un síntoma que remite a algo más en el proceso vital y familiar.

2.2- Casi siempre se dice en estos apartados lo que se debe hacer, pero nosotros queremos señalar lo que **se debe evitar:**

2.2.1- Decir que "es hereditario". Vuelve a reforzar la línea de culpabilidades y culpabilizaciones familiares y el valor operatorio, puesto que "ya hay una causa".

2.2.2- Decir "no es nada". La preocupación familiar es muy importante y la descalificación al profesional "por no entender" lo que pasa al niñ@ es lo habitual. Existe una desarmonía entre lo que dice el Pediatra y lo que perciben las familias, por ello se debe ser muy

cuidadoso en la información para evitar la segunda descalificación percibida por las familias en este caso, del profesional hacia el sufrimiento del niño@.

2.2.3- Decir "todo es normal". Plantear las cosas de este modo hace que sea bastante poco comprendido, por parte de las familias, las recomendaciones posteriores sean de nuevas pruebas complementarias o de acudir a nuevos especialistas, incluidos los profesionales de la Salud Mental de la Infancia.

2.3- Animar a los padres a abordar la situación de forma diferente:

2.3.1- No dramatizar la situación cuando re-aparezcan los síntomas en el niño@.

2.3.2- No salir corriendo hacia el hospital, el servicio de urgencias o el pediatra. Intenta evitar el alarmismo y fijación corporizada y medicalizada.

2.3.3- No amenazar al niño@, ya que incrementará la reacción de estrés y de ansiedad.

2.3.4- Animar a la familia para una espera prudencial, que tranquilice al niño@ y al conjunto de la familia.

2.3.5- Animar a hablar/escuchar al crí@ sobre sus emociones, con el fin de evitar solo el componente operatorio.

TABLA III

SOMATIZACIÓN DE FORMA AGUDA

<ul style="list-style-type: none">● CONCEPTO:<ul style="list-style-type: none">— Manifestaciones agudas por malestar psicosocial— Pacientes con funciones premórbidas previas a presentación del cuadro	<ul style="list-style-type: none">● MANEJO CLÍNICO:<ul style="list-style-type: none">— Identificar: AVE, temores a enfermedades...— Evaluación física: Breve, asegura descartar causa médica— Enlazar, de alguna forma, el síntoma con el malestar— Reasegurar la inexistencia de afección médica— Aproximación al malestar subyacente
---	--

SOMATIZACIÓN DE FORMA CRÓNICA

- **CONCEPTO:**
 - **Manifestaciones somatizadas persisten y el paciente no desea trabajar otras alternativas**
 - **Cuando las formas de ayuda que se establezcan pueden resultar contrarias al proceso interpersonal que se desarrolla con ese paciente**

- **MANEJO CLÍNICO:**
 - Nadie es tan injusto como para denegar ayuda
 - Los síntomas son de malestar y ante situaciones relacionales
 - **Relación médico-paciente:**
 - Exigencia al médico de complacencia
 - Médico elude desafío, hay un problema a identificar y sus dificultades
 - **Informar de evaluación:**
 - No precipitarse en identificar lo emocional
 - Explicitar evitando rechazo
 - Graduar el manejo del estrés

III DERIVACIÓN A LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA:

3.1- La aparición o constatación de las siguientes circunstancias sientan **las indicaciones** y conveniencia de remitir los cuadros psicósomáticos de la infancia y la adolescencia a servicios especializados de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia:

3.1.1- Concomitancia con procesos psicopatológicos.

3.1.2- Gravedad del proceso que precise este tipo de apoyo.

3.1.3- Alteración de las relaciones padres-niñ@ en las que se pone como excusa el proceso psicósomático del hij@.

3.1.4- Alteraciones relacionales o invasión al campo del profesional de la pediatría (p.e. presiones, descalificaciones, dificultad manejo), cuyo origen se centre en las dificultades de comprensión del proceso psicósomático.

3.1.5- Rigidez y dificultad de manejo tras 3-4 semanas con las normas expuestas con anterioridad.

3.2- Proponemos el siguiente **procedimiento de derivación** a los servicios de Salud Mental de la Infancia y de la Adolescencia:

3.2.1- Dejar claro que la derivación **no** es un castigo. Esta precisión tiende a evitar la vivencia culpógena que se genera tanto en los niñ@s y sus familias.

3.2.2- Buscar ayuda/comprensión para la situación total y **para todos**. Así se incluye al niñ@, su familia y el propio profesional de la Pediatría.

3.2.3- Derivar al servicio especializado **no** es equivalente a un alta por parte de los profesionales de la Pediatría. Por lo tanto se debe asegurar la continuidad asistencial.

3.3- La continuidad de la asistencia puede realizarse estableciendo el **seguimiento de forma conjunta**, entre el servicio pediátrico y el servicio especializado.

3.4- En definitiva se plantea que la clínica psicossomática en la infancia y la adolescencia son un tipo de procesos en los que se debe valorar la interconsulta como un procedimiento de intervención adecuado y pertinente, sea cual fuere el nivel asistencial en el que se encuentre el pediatra responsable del caso.

La interconsulta psiquiátrica en el Hospital Pediátrico debe ser una parte del proceso general de atención médica, donde debería tener el mismo nivel que cualquier otra interconsulta, sin embargo, tenemos claros que esto no es así, no son muchos los hospitales donde se cuenta con servicios de Psiquiatría Infantil, y menos aún los hospitales donde el trabajo conjunto de ambas especialidades se desarrolla de manera fácil y concertada. Una parte de lo anotado previamente deberá ser trabajado con las familias que acuden a consulta, pero otra parte debe ser trabajado con los equipos pediátricos con los que el área de Psiquiatría Infantil contacta cotidianamente.

La comprensión de la problemática del grupo familiar y de las inadecuadas interacciones con el equipo médico pueden sintetizarse en la siguiente tabla, a fin de comprender de manera general todo el proceso del trabajo en un equipo pediátrico cuando una familia (y su hij@ enferm@) se enfrentan a una enfermedad crónica (Tabla IV):

IV INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA ESPECIALIZADA:

4.1- **La Psicofarmacología:** No debe ser el método de elección de entrada. La psicofarmacología es un medio que puede posibilitar "ablandar" la rigidez

operatoria de entrada y puede y debe ser utilizado cuando domina el cuadro depresivo-ansioso. Pero **NO ES EL UNICO TRATAMIENTO**. Por lo tanto debe complementarse con técnicas psicoterapéuticas. Los fármacos de elección pueden ser:

4.1.1- **Ansiolíticos:** Cuando domina el componente ansioso. Deben darse a su dosis adecuada, el equivalente a 0.3 mgrs/Kgr de peso/día repartido en tres dosis de diazepam, durante un periodo no superior al mes ni inferior a las dos semanas. El uso de la benzodiazepina clonazepam a dosis bajas ha mostrado utilidad en pacientes pediátricos (0.1mg/kg de peso) durante tiempos cortos, (dos semanas), sin embargo como con todas las benzodiazepinas (incluido el diazepam) deberemos tener atención en que no provoque un efecto paradójico, sobre todo en pacientes postquirúrgicos, lo que agrava el estado físico y genera agitación de muy difícil control.

4.1.2- **Antidepresivos tricíclicos:** Cuando el cuadro depresivo es de cierta intensidad son de indudable interés. No obstante señalar que la AMITRIPTILINA pensamos que es el más adecuado, con una duración no inferior a las 6-8 semanas. Se debe vigilar de forma estrecha la posible cardiotoxicidad, Los efectos secundarios (adormecimiento, sequedad de boca) suelen ser transitorios y deben ser explicados a niñ@, familia y profesorado (caso de ser necesario).

4.1.3- **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS):** Representan un gran avance terapéutico, dada su escasa toxicidad y pocos efectos secundarios, además sus efectos aparecen en un plazo de tiempo menor que con los antidepresivos tricíclicos. Los hemos utilizado a partir de los 10 años, durante un periodo mínimo de dos meses y máximo de seis meses.

a) Dosis: equivalente a 0,7-1,3 mgrs/Kgr de peso/día de fluoxetina, en toma única.

b) En caso de dominar la clínica de inhibición: Fluoxetina.

c) Si dominan los componentes de ansiedad: Paroxetina.

d) Si coexiste un proceso de enfermar crónico o en oncología: Citalopram, por su baja interacción medicamentosa. Mejor aún el Escitalopram a dosis de 0,3-0,7 mgrs/Kgr de peso/día

e) Con claros componentes de antecedentes de reacciones de duelo, traumas externos o funcionamientos obsesivo-compulsivos: Sertralina, a dosis de 1.7-3.2 mgrs/Kgr de peso/día.

f) Con clínica del tipo obsesivo-compulsivo: fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, quizá a las dosis máximas que hacíamos referencia.

4.1.4- ***Inhibidores selectivos mixtos y reversibles de recaptación de serotonina y adrenalina:*** Venlafaxina, sobre todo con depresiones y síntomas ansioso-depresivos, hay que tener cuidado pues este fármaco presenta reactividad cruzada con la fenfluracina en la detección de tóxicos en orina.

4.1.5- **Mirtazapina:** 15 mgrs cada 12 ó 24 horas es una buena posibilidad para abordar síntomas ansiosos y depresivos, así como los trastornos del sueño acompañantes.

4.2- **PSICOTERAPIA:** Somos firmes defensores del trabajo psicoterapéutico como base de la intervención terapéutica en estos procesos. La técnica general se resume en algo expresado por KREISLER: neurotizarse al paciente psicósomático. Aquí solo señalaremos los aspectos definidores:

4.2.1- Respetar el encuadre, sobre todo en lo referente al inicio, duración y final de cada una de las sesiones. La función consiste en introducir Ley simbólica desde la realidad.

4.2.2- Favorecer el proceso de simbolización: estímulo del lenguaje, juego terapéutico.

4.2.3- Contemplar espacios diferenciados para el niño y para la familia.

4.2.4- En muchos casos las técnicas de consulta-terapéutica y la psicoterapia focal son de una gran utilidad.

4.2.5- Las señalizaciones terapéuticas serán realizadas con sumo cuidado, al objeto de evitar las descompensaciones somáticas del cuadro clínico.

4.2.6- La interconsulta entre Pediatra y Psicoterapeuta suele ser de gran utilidad y eficiencia. Consiste en abordar y desarrollar lo expresado en los apartados II y III precedentes de este mismo capítulo.

4.2.7- La supervisión de los casos y las discusiones clínicas, representan la culminación técnica en estos complicados casos.

Los niños y los adolescentes, son muy sensibles a la palabra, como ya señalamos, es parte fundamental de esta intervención especializada. Es lo que nos distingue de otros médicos, y, además de los puntos comentados, debemos recordar siempre que nuestro paciente es el niño o el adolescente, y es con él con quien debemos establecer la alianza terapéutica, no con los padres o con el resto de la familia, ellos son, por supuesto, parte fundamental del proceso de curación, pero nuestro foco es siempre el niño que, no olvidemos, frecuentemente se siente solo e incomprendido ante la presencia de síntomas que él no puede explicarse y que los adultos a su alrededor definen como exagerados, en el mejor de los casos, y en el peor como inventados, restándole credibilidad a lo que él mismo siente y sufre, por ello la alianza terapéutica con ellos puede ser la diferencia entre saber que se le está escuchando, o ser simplemente parte del cortejo médico que seguirá atendándole de manera impersonal y sin explicarle el por qué de su sintomatología.

Dentro de este apartado de la Psicoterapia, atención especial merece el concepto de **PSICOEDUCACION**, que en los últimos años ha cobrado importancia y consiste en la información que se da a la familia sobre el padecimiento que el niño o adolescente presenta, aclarando por una parte los aspectos etiológicos cuando esto es posible, la evolución y lo que el grupo familiar puede hacer para contener el proceso patológico, dándoles herramientas de conocimiento pero, sobre todo, de acciones concretas ante los problemas que se irán presentando necesariamente. Este proceso psicoeducativo ha mostrado particular importancia en las enfermedades crónicas como el Asma, algunos tipos de cáncer y otros padecimientos. No se trata de una forma de Psicoterapia, que es un concepto muy específico y especializado, pero es un proceso que ayuda de gran manera a entender algunos aspectos externos de la vida del paciente y su familia y favorece el trabajo psicoterapéutico en gran medida, al permitir que los aspectos instrumentales de la patología no sean los temas más importantes a discutir en el contexto de las sesiones, ni para el paciente ni para la familia.

V. EL APOYO PSICOSOCIAL

En algunos procesos es muy necesaria la intervención psicosocial, sobre todo en casos de enfermedades crónicas y en la psicooncología pediátrica. En ambos casos pueden existir **Asociaciones de autoayuda**, que pueden reconfortar y encauzar determinadas situaciones familiares y del propio niño@ enfermo. Estas asociaciones juegan un importante papel también en todo el proceso de la Psicoeducación.

En otras ocasiones puede ser preciso actividades educativas complementarias o sustitutivas, tanto en la enseñanza reglada como en el tiempo de ocio (p.e. diabéticos, hemofílicos, infectados con VIH).

La intervención psicosocial puede precisar visitas domiciliarias de confirmación diagnóstica o en casos extremos (p.e. algunos casos de Síndrome de Münchhausen por poderes) revisar la guarda y custodia de los niños@s.

VI. LA INTERCONSULTA

El ingreso de cualquier niño@ provoca siempre una situación de alarma familiar ante la gravedad que se le supone al problema que ha motivado el ingreso: un síntoma físico. Desde ese momento, las expectativas de la familia y el paciente son que se van a realizar numerosos procedimientos diagnósticos que aclaren cuál es la etiología de la enfermedad. La creciente sensibilidad de los pediatras ante los temas psicológicos hace que, alguno de ellos, antes de iniciar más pruebas diagnósticas, algunas veces cruentas, o bien tras hallar todos los resultados negativos, realice la interconsulta a servicios psiquiátricos de la infancia.

La familia, en estos casos, cobra un papel mucho más importante que en la interconsulta de adultos. Los padres acompañan al niño en todo el proceso del ingreso; son los responsables del niño@, mediadores entre los profesionales que lo atienden y el propio niño, sirven de "filtros" de las experiencias más y menos agradables, así como de la información que éste recibe. Es fundamental conseguir su colaboración en todo el proceso de valoración de los posibles aspectos psicológicos que están influyendo en la enfermedad, mucho más cuando este diagnóstico "mental" ya se ha realizado y es necesario iniciar un tratamiento psicológico. La actitud de los padres ante los profesionales de la salud mental, así como la forma en la que es introducido

por el pediatra, determinarán los primeros momentos del contacto familia-psiquiatra/psicólogo.

En ocasiones, la única, pero importantísima, función de la interconsulta en trastornos somatomorfos es establecer este primer contacto. Es función del mismo:

1) Deshacer ideas erróneas hacia los aspectos de salud mental en una familia que se presenta como normal y en un niño que en la mayoría de los casos no presenta alteraciones significativas.

2) Sensibilizar a los aspectos emocionales que pueden estar ocasionando/exacerbando/manteniendo, un problema "médico", sin restarle importancia y sin caer en interpretaciones dualistas mente/cuerpo, probablemente ya arraigadas en la familia y, por tanto, fomentadoras indirectamente de la etiqueta de "enfermedad mental" que tanto rechazo puede provocar al principio. A veces, los padres reaccionan ante esta primera insinuación de que "el problema es psicológico" con cierta decepción y sensación de haber sido "engañados": tal es el periplo que han llevado hasta el ingreso, para que ahora "no tenga nada"; inmediatamente, la responsabilidad de ello puede recaer, una vez más, en el paciente, "que se lo ha inventado", o en los médicos, que han dado opiniones contradictorias y por tanto son poco fiables, incluso ahora, que les están comunicando que el enfoque ha de ser otro. Se puede crear una sensación de vacío y confusión acerca de "qué hacer ahora..." que tantas cosas se han estructurado alrededor de la enfermedad. El grado de salud familiar determinará también la reacción inicial.

3) Lograr, si no una aceptación clara, sí una apertura a la exploración en el terreno psicológico, desconocido para ellos y probablemente, activamente evitado. Esta tarea, aparentemente sencilla, puede ser hartamente complicada en estos casos por las características del funcionamiento familiar de los niños con trastornos somatomorfos: Son familias aparentemente "normales", en las que lo llamativo precisamente es la negación de conflictos. Debajo de esta presentación de normalidad, se detecta un patrón de sobreimplicación, sobreprotección, rigidez, dificultad en la resolución de problemas e implicación del niño en el conflicto marital, que queda así evitado. Esto se puede observar en la falta de intimidad, debilidad de las barreras intergeneracionales, donde el niño a veces asume un rol parental,

preocupación extrema por los problemas de otros miembros, alta resistencia al cambio y falta de flexibilidad para adaptarse a situaciones nuevas que permitan el crecimiento y la progresiva autonomía de sus miembros. Una situación "nueva" es, para estas familias, la ausencia de la enfermedad física del paciente, alrededor de la cual se ha estructurado, en gran parte por los mecanismos señalados, la vida familiar. Desde ahí pueden surgir diferentes maniobras que bloqueen el proceso de curación del paciente. Para el niño enfermo el mantenimiento del equilibrio familiar y la evitación de conflictos a través de su enfermedad, es un importante factor reforzador de la misma.

Una vez establecido este primer contacto, es importante no olvidar aspectos relativos al riesgo del diagnóstico por exclusión: mientras el profesional en salud mental realiza su diagnóstico e incluso después del mismo, no ha de retirársele al paciente su derecho a estar enfermo y a que se le realicen las pruebas oportunas, en la medida que el buen hacer profesional lo indiquen. Esta actitud hay que tenerla especialmente ante trastornos somatomorfos menos frecuentes en la infancia, p.e. síntomas pseudoneurológicos, muy infrecuentes en menores de 10 años (Campo, 1224; Carmant, 1995). En otros trastornos más frecuentes (cefaleas, vómitos, mareos, dolores abdominales) es necesario ser prudente en la realización de pruebas que puedan resultar cruentas, sobre todo cuando las exploraciones básicas más comunes han dado resultados negativos. Los síntomas más frecuentes son las cefaleas (10-30%), dolor abdominal recurrente (10-25%), dolores musculares "de crecimiento" (5-20%), dolores torácicos, más frecuentes en adolescentes (7-15%), fatiga-astenia (15% de adolescentes), mareos (15%) y síntomas gastrointestinales como náuseas y vómitos. A menudo la presentación es polisintomática, especialmente en adolescentes, y/o los síntomas físicos se van alternando, dando lugar a intervenciones médicas por problemas aparentemente diferentes. Explorar los antecedentes médicos sirve de ayuda para realizar un diagnóstico adecuado.

El diagnóstico de TS en el medio hospitalario ofrece una serie de oportunidades:

- Observar y explorar la presentación del síntoma en diferentes situaciones y contextos: durante la exploración del pediatra, en la escuela del hospital cuando existe, mientras recibe visitas, en los

permisos de salida cuando son necesarios.

- Observar y explorar el funcionamiento familiar. Además de realizar entrevistas familiares en las que recabar información de la dinámica familiar y poder establecer un diagnóstico de "salud familiar", a lo largo del ingreso se van a producir situaciones en las que se observarán las interacciones entre los diferentes miembros de la familia y el paciente, confirmando o rechazando nuestra valoración inicial.
- Contactar directamente con los pediatras y demás profesionales (personal sanitario, asistente social) en relación con el caso, abordando temas acerca de cómo manejar el problema.
- En los escasos casos de Síndrome de Münchhausen por poderes, es fundamental el trabajo en equipo, elaborar la contratransferencia que provoca en los profesionales, con el fin primero de que el paciente "no huya", que se establezca un contacto estable que permita el seguimiento del caso e, idealmente, el tratamiento del adulto involucrado.

Realizar este diagnóstico, supone en muchos casos, abrir nuevos canales de comunicación en la familia, a la vez que se empatiza con el paciente y se le da "permiso para quejarse" en términos no físicos. La mejoría de la enfermedad que suele producirse durante el ingreso, disminuye la ansiedad en la familia y en el niño, permitiendo entonces una exploración más relajada de los factores que han contribuido al trastorno, permitiendo señalar la necesidad de un tratamiento referido a dichos factores, a pesar de la mejoría clínica del paciente, con el fin de evitar las recaídas, a las que seguramente la familia ya está habituada.

La psiquiatría de interconsulta y enlace en Psiquiatría infantil es relativamente novedosa y existen escasos trabajos que aborden este instrumento de creciente importancia. Modestamente los autores de este artículo hemos trabajado intensamente en esta dirección, tanto en el ámbito hospitalario como en el recientísimo campo de la atención primaria (Pedreira, 1990, 1995 y 1996; Pedreira & Martín, 1997; Pedreira & Palanca, 1998; Pedreira, Palanca, Sardinero & Martín, 1999; Pedreira & Tomás, 2000; Moreno & Pedreira, 2000).

Entre la interconsulta y enlace de la psiquiatría general/adultos y la paidopsiquiatría existen similitudes de importancia: El interconsultor tiene un escaso control en el caso, ya que la influencia psiquiátrica es escasa y suele limitarse a ofrecer consejos; se precisa una demanda para la interconsulta, no es extraño que el psiquiatra llegue en un momento tardío de la evolución o sea requerido con ambivalencia por parte del servicio demandante; la población clínica es diversa e impredecible, presentando dificultades para realizar la investigación; el pequeño número de profesionales que se encuentran involucrados en los servicios de interconsulta son vulnerables a estar sujetos en fenómenos de hiper o hipodemanda de forma periódica; el trabajo clínico puede estar limitado a la evaluación y muy escasamente al tratamiento, la continuidad de cuidados y al seguimiento continuado; en algunas instituciones el aislamiento de los profesionales dedicados a la interconsulta suele ser bastante común, en parte porque la mayoría de su trabajo se realiza fuera del departamento de psiquiatría: "El extraño es el que no habla el mismo lenguaje"; el trabajo de interconsulta es ingrato y mal pagado y peor agradecido, por lo que resulta poco atractivo para los profesionales.

A pesar de estas coincidencias, también existen unos claros aspectos diferenciadores de la interconsulta y enlace en la atención paidopsiquiátrica entre los que, siguiendo a Flirtz, destacamos:

- 1.- Las características derivadas de que la **pediatría sea una disciplina autónoma del saber médico**: La pediatría ha resaltado históricamente los aspectos preventivos y de atención y cuidado a la población infantil, de hecho la mayoría de los pediatras concentran, en la actualidad, su esfuerzo en promocionar el desarrollo normal de los niños. El desarrollo - fundamentalmente en U.S.A.- de la pediatría conductual como subespecialidad evidencia un creciente interés por los contenidos psicológicos y del desarrollo infantil a lo que se ha unido los cambios de la práctica pediátrica debido a las importantes variaciones de los patrones de salud-enfermedad en la infancia.

- 2.- **La naturaleza de los problemas clínicos a los que hay que hacer frente**, son diferentes a los de la edad adulta: El progreso de algunas áreas de la pediatría plantea problemas que no se presentan en otras áreas de la práctica médica, p.e. los avances técnicos en la neonatología, incluyendo la atención a los niñ@ pretérmino con muy bajo peso; el cambio de algunas afecciones mortales a afecciones crónicas, p.e. leucemias, I.R.C., algunas afecciones congénitas; nula prevalencia de otras afecciones frecuentes en la medicina interna, p.e. Alzheimer, alcoholismo, infertilidad, afecciones coronarias.
- 3.- **La perspectiva desde la que se aborda la aproximación:** Tanto la pediatría como la paidopsiquiatría mantienen de forma prioritaria la perspectiva del desarrollo en todas sus acciones. También en ambas disciplinas la perspectiva familiar es fundamental tanto en la evaluación como en el tratamiento de los problemas de salud de la infancia. La perspectiva del desarrollo reorganiza, con gran rapidez, los cambios físicos y psíquicos que ocurren en la vida del niñ@ y evalúa el impacto de esos cambios físicos y psíquicos y de las propias enfermedades en la vida del niñ@ así como en sus capacidades de establecer vínculos.

Existen pocos trabajos de interconsulta entre Paidopsiquiatría y Pediatría y menos aún cuando el escenario se refiere a la Atención Pediátrica. Nosotros creemos que es un instrumento plenamente útil y aplicable en la intervención conjunta entre Paidopsiquiatras y Pediatras de Atención Primaria. En resumen nuestra propuesta se refiere a lo que debe y no debe ser la interconsulta en atención primaria (Pedreira, 1996):

1º La interconsulta entre Paidopsiquiatría y Pediatría de Atención Primaria **no debe ser:** Una "prueba complementaria" más; "Como no se encuentra nada..."; el último recurso o el último lugar al que acudir; la forma de dar por concluido un caso que presenta dificultades ("altas" solapadas); una forma de completar estudios para publicaciones o (pseudo)-academicismos; pedir "test"; cobertura de problemas originados en otros lugares o instituciones no

estrictamente sanitarios y/o relacionados con el proceso; suplantación de recursos inexistentes de tipo asistencial y/o social lo que implica duplicar o solapar recursos o intervenciones; individualizar caso a caso, descontextualizándolo de la institución sanitaria de atención pediátrica.

2º Por el contrario, la interconsulta paidopsiquiátrica **debe tender a ser**: Un instrumento de trabajo y abordaje de la niñ@ como unidad integral bio-psico-social; un lugar donde se posibilite la redefinición de las relaciones pediatra-niñ@; un método de intercambio y formación permanente en ambas direcciones; una forma de "escucha" de la situación del niñ@ en su conjunto; la posibilidad de contextualizar los problemas, dando pie a la formulación de programas y protocolos conjuntos de intervención, desde la propia metodología de derivación de los casos; abordaje de la clínica psicósomática en la etapa de la infancia y adolescencia; comunicación entre los diferentes niveles de atención a la infancia, más allá de los meros aspectos formales y, por fin, un compromiso real entre servicio pediátrico derivante- usuario y su familia- paidopsiquiatras.

Para lograr este aspecto, debemos sobrepasar la concepción simple de la interconsulta como un evento aislado en el proceso de enfermedad e internamiento de un niñ@, y pasar a entender la acción del Psiquiatra como parte de todo un proceso de acercamiento global a las necesidades del pequeño paciente, esto es, si la interconsulta resulta solo un evento aislado en la atención, entonces la comprensión de la familia y del paciente serán que sus procesos psicológicos y de desarrollo no son tan importantes como otros procesos corporales, por el contrario, la perspectiva de una atención con un modelo de psiquiatría de enlace es la intervención desde que el paciente llega al hospital, a la valoración, y donde sus necesidades psicológicas, así como las de la familia son tan importantes como cualquier otra área de su desarrollo bloqueado por la enfermedad. Este modelo es mucho más ambicioso que la sola interconsulta y solo podrá ser implementado cuando en el personal Pediátrico exista esta comprensión holística de las necesidades infantiles.

CONCLUSIONES

Los Pediatras de Atención Primaria manifiestan una elevada especificidad y una baja sensibilidad para identificar los trastornos mentales entre los pacientes que acuden a sus consultas, siendo estos profesionales de la medicina los que atienden la demanda de los trastornos psicosomáticos en primera instancia.

Los trastornos psicosomáticos son muy frecuentes en la edad pediátrica, constituyendo una forma prioritaria de manifestarse los trastornos mentales en la infancia.

En la edad escolar el funcionamiento cognitivo es conocido como etapa de pensamiento operatorio. Dicho funcionamiento es superponible al concepto de alexitimia que se describe en los trastornos psicosomáticos. Por lo que no es extraño que en la edad escolar las manifestaciones psicosomáticas sean tan frecuentes.

Conocer las características de las etapas del desarrollo cognitivo supondría una gran ayuda para los pediatras.

El desconocimiento de estos contenidos hace que el Pediatra en su consulta somatice, en exceso, los trastornos mentales de la infancia, por lo que en la clínica psicosomática tenderá a buscar una causa orgánica que lo justifique y solo excepcionalmente incluirá en el diagnóstico los componentes emocionales, relacionales y psicológicos.

La tendencia a buscar la causa orgánica, hace que se repitan varias veces las pruebas complementarias (estudios biológicos y radiológicos), con dos tipos de consecuencias: incremento del gasto sanitario y fijación del síntoma en el niño y la familia.

Como ejemplo de lo anterior, consideramos conveniente ilustrar con dos casos clínicos que generaron, además, en los equipos de trabajo una gran ansiedad, con una pérdida de la objetividad clínica y con el riesgo de producir una clara iatrogenia. Cabe mencionar que en ambos casos la interconsulta a Psiquiatría de niños y adolescentes fue después de mucho tiempo de estar internados los pacientes y después de haberles realizado múltiples estudios, alguno de ellos como se menciona, incluso repetidos.

CASO I. Paciente masculino de 13 años de edad que ingresa al Hospital con los diagnósticos de Artromialgia por parvovirus y Enfermedad de Lyme el 1º

de octubre del 2007, con el antecedente de haber estado en el verano en un curso en la ciudad de Boston y se concluye que pudo haber sido picado por una garrapata (agente causal de la enfermedad de Lyme), además de que hubo un estudio que dio positivo para Enfermedad de Lyme (estudio que se envió a EEUU). La sintomatología principal consistía en artralgias que se manejaron con ketorolaco sublingual e Indometacina LP con magros resultados. Lo que llamó la atención fue que de tener el dolor particularmente en tobillos, que le impedían la deambulaci3n, 3ste se generalizó y provocó mucha ansiedad en el paciente, así como llanto y alteraciones en el sueño, motivo por el cual se solicitó la interconsulta a Paidopsiquiatría, después de 11 días de internamiento. Previo a esta solicitud se le realizaron al paciente los siguientes estudios: BH, QS y EGO: normales, Biopsia de Médula Ósea: normal, Péptido Cíclico Citrolinado-negativo, Parvovirus: negativo. Pruebas autoinmunes: Factor Reumatoide: negativo, ANA, anti DNA, C3 y C4 negativos, Rx de Columna Lumbosacra: normal. Se le realizó Rx de t3rax que mostró ligero aumento de la trama vascular, valorándolo cardiología, con Ecocardiograma normal y valoraci3n sin datos de patología. La TAC abdominal también resultó normal. PET sin alteraciones. Hemocultivos y PPD negativos. Inmunología: No relacionan proceso inflamatorio, ni estudios de imagen. Reumatología descarta Artritis Reumatoide Juvenil.

Cuando se valora por Psiquiatría Infantil se le encontró en su cama-rodeado por sus padres su hermano y su abuela materna- con facies de dolor, irritable, manifestando no encontrar acomodo, en cualquier posici3n “le duele todo el cuerpo”, pero particularmente tobillos y rodillas que le impiden caminar y dormir bien, comenta que se siente triste y enojado por lo que le está pasando, además de que le preocupa la escuela ya que inició la educaci3n secundaria y teme perder el año escolar por la enfermedad. Se observa ansiedad marcada. En las entrevistas subsecuentes se observa que, en lugar de haber mejoría el paciente “va empeorando sobretodo las manifestaciones de dolor”, llamando la atenci3n que en ningún momento del proceso se presenta fiebre u otros síntomas asociados, además de que en varios momentos se podía observar una no correspondencia de la expresi3n facial con la magnitud de dolor que expresaba, ya que siempre cuando se le

preguntaba en la escala del 1 al 10, siempre decía 10. En las entrevistas se pudo recoger información trascendental para el estado emocional del paciente, el padre había perdido el empleo unos meses antes, generando cambios importantes en el estilo de vida de la familia, los apoyaban económicamente los abuelos maternos, generando ansiedad y malestar en el padre. Estos cambios económicos, amenazaban también la asistencia de los dos hijos a las escuelas que eran privadas y de alto costo. Asimismo se sentía presionado por el nivel de exigencia de la escuela, del cambio a la secundaria y de que en el grupo era el de más baja talla, ya que no había empezado el desarrollo puberal). Con base a los síntomas de ansiedad y tristeza que presentaba, se determinó iniciar manejo con Sertralina, primero a dosis de 25 mg. cada 24 horas y a los 5 días se ajustó a 50 mg. cada 24 horas, disminuyó la ansiedad, aunque cuando expresaba “dolor” ésta parecía que aumentaba, el sueño mejoró significativamente.

Se solicitó interconsulta a Medicina del Dolor quien inició manejo con tramadol sin resultados aparentemente y empezó a usarse Morfina a razón de 30mgp/24 horas con rescates c/3mg. A pesar de la indicación el paciente se seguía quejando de dolor intenso, prácticamente no cedía nada y eran constantes los rescates, además se continuaba en la búsqueda de otras entidades diagnósticas y se solicitaban estudios de laboratorio y gabinete, con resultados prácticamente normales, hasta que aparecieron niveles elevados de aminas hepáticas por la utilización de analgesia en forma continua. En este punto es importante la participación de los dos psiquiatras de niños y de enlace, ya que convocan a una reunión al equipo médico y se puede notar una gran ansiedad en éste por la pobre respuesta positiva en la evolución del paciente, era notorio que la intensidad de los síntomas que manifestaba el niño, particularmente el dolor, los hacían reaccionar, se hizo hincapié en los problemas emocionales asociados que se habían recogido en las entrevistas, muy probablemente esto magnificaba el dolor que expresaba, por lo tanto como equipo había que dejar de reaccionar a las expresiones magnificadas del dolor, cambiar los analgésicos a rescates de placebo y empezar terapia familiar. El equipo estuvo de acuerdo, se dejó de reaccionar tan intensamente, se espaciaron las visitas del equipo médico pediátrico y se ampliaron las visitas de psiquiatría, se empezaron los rescates con placebo y

se inició la terapia familiar, paralelamente se llevó a cabo terapia de rehabilitación física. En una semana la mejoría fue evidente y se le dio de alta después de casi 2 meses de internamiento. Continuó tratamiento la familia por 8 meses más, hasta que se les dio de alta. El paciente perdió el curso escolar y se matriculó al siguiente año a 1º de secundaria de nuevo.

EL 2º CASO es el de una chica de 12 años, la cual tenía casi 2 meses de internamiento en un hospital privado en el área de pediatría cuando es solicitada la intervención de Paidopsiquiatría. La razón del internamiento fue que presentó debilidad progresiva en miembros inferiores primero y posteriormente en miembros superiores hasta la cuadriplejía, pero sin comprometer el centro respiratorio. Como único antecedente de importancia, el de haber presentado un cuadro “severo” de vías respiratorias unas dos semanas antes del inicio de los síntomas, probablemente de origen viral. Se pensó en la posibilidad de una encefalitis viral, de un Sx. de Guillain Barre atípico. La razón de la interconsulta a Paidopsiquiatría fue que los padres, al pertenecer a un Servicio Médico de Red, eran sumamente demandantes y sentían que no se le estaba prestando la atención suficiente a su hija, además de que no había ninguna mejoría en la evolución de la paciente y prácticamente los estudios que se le realizaban resultaban normales. Se le hicieron BH, QS, EGO, CPK, Antiestreptolisina, Factor Reumatoide, TAC de cráneo, de columna cervical, pruebas autoinmunes, Inmunoglobulinas, Punción Lumbar, reportando un LCR normal, saliendo únicamente con una leve anormalidad los Potenciales Evocados Somatosensoriales con una disminución en la Latencia por lo que se pensó en una Poliradiculopatía. También se le realizó Polisomnografía de 24 horas con videoelectro, reportándose normal, incluidas las velocidades de conducción y la Electromiografía. Todo lo anterior empezó a orientar la posibilidad de un factor emocional asociado al problema de base de la menor.

Es de llamar la atención que cuando acudimos por primera vez a atender la interconsulta- con todos los antecedentes mencionados- encontramos a la paciente sola en la habitación, durmiendo, cambiando libremente de posición, (por lo que creímos en una posible equivocación de habitación y de paciente, ya que se esperaba encontrar a una paciente sin movilidad, triste

y preocupada por su situación), salimos de la habitación y nos dirigimos al control de enfermería para preguntar de nuevo por la habitación de la paciente y nos volvieron a indicar la misma, así que regresamos y despertamos a la paciente. Refirió a grandes rasgos lo que le pasaba, de pronto empezó con dolores en las piernas, así como debilitamiento, le fue ascendiendo hasta los brazos y de pronto ya no pudo caminar ni mover su cuerpo y ahí estaba esperando: “que le dijeran que tenía y que la curaran”. Es importante hacer notar que, a pesar de la intensidad del cuadro y del tiempo de hospitalización que llevaba, se le notaba “tranquila”, su actitud era pueril, aunque llamaba la atención su discurso ya que hablaba usando varios términos médicos y mencionaba algunos de los estudios que le habían realizado y no le encontraban nada aún, repetía, al igual que los padres, que a lo mejor no se le estaba prestando la atención suficiente. En otra entrevista con la paciente nos dijo “Dr. Puede tocar el timbre para que venga la enfermera?” cuando ésta llegó, le pidió el cómodo porque tenía ganas de orinar” .

En las entrevistas con los padres se encontró problemática familiar seria, conflictos de pareja y agresividad, tenían otra hija 3 años mayor que la paciente quien también se quedaba a acompañar a la paciente en el hospital y nos corroboraba que la paciente cuando dormía se movía sin problemas y escogía libremente la posición, se sentía muy desgastada con la situación. Se determino realizar psicodiagnóstico a la familia, encontrándose conflictos de interacción, con predominio de agresividad (que se hacía evidente con el personal de enfermería, con el equipo médico, reclamaban que cómo era posible que no supieran qué era lo que tenía su hija, demandaban que le hicieran más estudios, solicitaban cambio de médicos, se mostraron al principio renuentes a la intervención psiquiátrica y psicológica, decían que si se estaba pensando en que el problema era psicológico). En las juntas del equipo médico se llegó a la conclusión de que el Dx. era el de un Guillain Barre atípico, vs. una Poliradiculopatía, desde el punto de vista psiquiátrico y psicológico el Dx. correspondía a un Trastorno Disociativo Grave y Disfunción Familiar Severa. Se decidió la aplicación de bolos de esteroides y continuar con el manejo psiquiátrico en forma individual, ya que rechazaron la intervención familiar, asimismo se implementó programa de

rehabilitación y en la reunión médica el equipo de salud mental sugirió que se dejará de caer en las provocaciones de los padres y evitar hacer cualquier comentario de cualquier miembro del equipo, que pudieran utilizar éstos para desestabilizar el proceso. Estas indicaciones funcionaron y como a las tres semanas la paciente evolucionó hacia la mejoría hasta ser dada de alta del hospital, sorprendiendo que a los cinco días del alta, la psicóloga del equipo encontró a la paciente y su familia en una plaza comercial completamente restablecida y fue evidente que cuando ella se acercó a saludarles la evitaron y se fueron.

El desarrollo de técnicas de interconsulta y enlace entre los Psiquiatras Infantiles y los Pediatras favorecerá el incremento de la sensibilidad de los Pediatras ante este tipo de diagnósticos, facilitará una indicación diagnóstica y terapéutica más adecuada y desarrollará instrumentos comunes (protocolos diagnósticos, de referir la demanda y terapéuticos, así como la elaboración de guías clínicas con criterios de calidad asistencial) para este tipo de trastornos que redundará en un beneficio para los pacientes y sus familias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ajuriaguerra J. Marcelli D. Trastornos psicósomáticos. Manual de psicopatología del niño. Barcelona: Ed. Masson. 1987, Pág. 315-329.
2. Achenbach, T. & Edelbrock, C.: The Child Behavior Profile: II Boys aged 12-16 and Girls aged 6-11 and 12-16. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979, 47, 223-233.
3. American Psychiatric Association: Manual Estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
4. Ansermet, F.: Modèles Psychopathologiques du Phénomène Psychosomatique chez l'enfant. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 1999, 47, 3, 161-8.
5. Baker, G.H.B.: Psychological factors and immunity. *J. Psych. Res.*, 1987, 31, 1, 1.
6. Campo J.V. and Fritsch S.L. Somatization in children and adolescents.

- J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1994; 33:1223-1234.
7. Carmant L. et. al. Pseudoseizure manifestations in two preschool age children. *Seizure*. 1995; 4:147-149.
 8. Cohen S. Stress, reactivity, and disease. *Psychosom. Med.* 1995; 57:423-426
 9. Costello, E.J.: Primary Care Pediatrics and Child Psychopathology: A review of diagnostic, treatment and referral practices. *Pediatrics*, 1986, 78, 6, 1044-1051.
 10. Costello, E.J. et al.: Psychopathology in Pediatric Primary Care: The new hidden morbidity. *Pediatrics*, 1988, 82, 3, 415-424.
 11. Eminson, M. et al.: Physical symptoms and illness attitudes in adolescents: An epidemiological study. *J. Child Psychol. Psychiatr.*, 1996, 37, 5, 519-528.
 12. Fritz, K.: Consultation-Liaison in Child Psychiatry and the evolution of Pediatric Psychiatry. *Psychosomatic*, 1990, 31, 1, 85-90.
 13. Garralda, M.E. & Bayley, D.: Pediatrician identification of Psychological factors associated with general pediatric consultation. *J. Psychosomatic Res.*, 1990, 34, 3, 303-312.
 14. Garralda M.E. A selective review of child psychiatric syndromes with a somatic presentation. 1992. *Br. J. Child Psychiatr.*; 161:759-773.
 15. Golberg, I.D. et al.: Mental Health Problems among children seen in Pediatric practice: Prevalence and Management. *Pediatrics*, 1984, 73, 278-293.
 16. Graham P. & Verhulst, K.F.: Child psychiatry. A developmental approach. Ed. Oxford. Univ. Press. 2001.
 17. Kreisler, L.; Fain, M. & Soulé, M.: *El niño y su cuerpo*. Buenos Aires: Amorrortu, 1977.
 18. Kreisler, L.: *Le nouvel enfant du desordre psychosomatique*. Toulouse: Ed. Privat, 1988.
 19. Kronenberger W.G. Self-esteem and depressive symptomatology in children with somatoform disorders. *Psychosomatics*. 1993; 36:564-569.
 20. López-Ibor, JJ (Coord.): *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor, 1992.

21. Mc Grath P.J. Annotation: Aspects of pain in children and adolescents. *J. Child Pssychol. Psychiat.* 1995; 36:717-730.
22. Minuchin S. et. al. A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Family organization and family therapy. Arch. Gen. Psychiatry.*1975; 32:1031-1038.
23. Pedreira, J.L.: Diagnostic problems in Child and Adolescent Psychiatry. En A. Seva (Dir.): *The european Handbook of Psychiatry and Mental Health.* Barcelona: Anthropos-Prensas Universitarias de Zaragoza, 1991, Tomo I, págs. 497-512.
24. Pedreira, J.L.: *Protocolos de Salud Mental Infantil para Atención Primaria.* Madrid: ARAN-ELA, 1995.
25. Pedreira, J.L.: Interconsulta y enlace entre paidopsiquiatría y atención primaria pediátrica. *Psiquis*, 1995, 16, 10, 405-420.
26. Pedreira, J.L.: *Habilidades de comunicación con El paciente pediátrico: Comprendiendo AL niño enfermo.* Madrid: Ed. Just in Time, 2006.
27. Pedreira, J.L.: *Troncos y colegas: La comunicación con el adolescente en la consulta de salud.* Madrid: Ed. Just in Time, 2009.
28. Pedreira, J.L.: *Habilidades de comunicación en la consulta pediátrica: Los temas de todos los días.* Madrid: Enfoque Editorial, 2010.
29. Pedreira, J.L. & Sardinero, E.: Prevalencia de trastornos mentales de la infancia en atención primaria pediátrica. *Actas Luso-esp. Neurol. Psiquiatría*, 1996, 24, 4, 173-190.
30. Pedreira, J.L.; Martín, L. & Sardinero, E.: Psychosomatic Disorders in Childhood: A relevant Public Health issue. *Joint Meeting AEPE-ESSOP.* Bordeaux, 1998.
31. Pedreira, J.L. & Kreisler, L.: La psicósomática infantil. En J. Rodríguez-Sacristán (Dir.): *Psicopatología del niño y adolescente.* Sevilla: Prensas Universitarias, 1998 (2ª ed.), tomo II, págs. 1103-1148.
32. Pedreira, J.L.; Palanca, M.; Sardinero, E. & Martín, L.: Interconsulta y Clínica Psicósomática en Pediatría de Atención Primaria. *An. Esp. Pediatr.*, 1999, junio (Libro de Actas II), 358-361.
33. Pedreira, J.L.: *Trastornos de la conducta alimentaria: Una perspectiva*

- desde la psicopatología del desarrollo. Barcelona: Olalla, 1999.
34. Pedreira, J.L. & Tomás, J. (Edts.): *Condicionantes psicossomáticos y su tratamiento en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Laertes, 2002.
 35. Pedreira, J.L.; Palanca, I.; Sardinero, E. & Martín-Álvarez, L.: *Los trastornos psicossomáticos en la infancia y la adolescencia*. En M.C. Ballesteros (Coord.): *Práctica clínica Paidopsiquiátrica: Historia clínica y guías clínicas*. Madrid: Adalia, 2009 (2ª edición), págs. 241-255.
 36. Piaget, J. & Inhelder, A.: *Psicología evolutiva del niño*. Madrid: Morata, 1979.
 37. Raimbault, G: *Rev. Franc Psychosom et Psycho Med*. 4:18:1967
 38. Sackett, Snow *Adherence in health care*, Baltimore, John Hopkins Univ. Press 1979
 39. Sánchez Guerrero, O.: *Segundo Consenso Mexicano de Asma en Pediatría*. *Acta Pediatr Mex* 2002; 23; S1:s24-s25.
 40. Sheffield, D. et al.: *Daily events and somatic symptoms: evidence of a lagged relationship*. *Br. J. Med. Psychol.*, 1996, 69, 267-269.
 41. Sifneos P.E. *Alexithymia: past and present*. *Am. J. Psychiatry*. 1996; 53:137-142
 42. Starfield, B. et al.: *Psychosocial and Psychosomatic Diagnoses in Primary Care of Children*. *Pediatrics*, 1980, 66, 2, 159-167 (Orig. 1977).
 43. Steiner H. and Canning E.H. *Adaptative styles in adolescents with psychosomatic illness*. *Acta Paedopsychiatrica*. 1994; 56:255-259.



**TRASTORNOS EN EL CONTROL DE LOS IMPULSOS
EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

DR. JUAN CARLOS MARTÍNEZ AGUAYO

DR. ENRIQUE CAMARENA ROBLES

El impulso o la impulsividad es un concepto *“fácil de utilizar pero difícil de definir”*. López – Ibor señala que la impulsividad sería un atributo de la vitalidad. Millon por su parte, señala que los impulsos son sucesos o estímulos que activan la conducta, representando tanto las necesidades biológicas, hambre, sed, reposo, como los deseos de aprobación, afecto y poder. Si estos impulsos inconscientes son excesivamente intensos o se frustran, darían lugar a conductas patológicas.

Porot define como impulsión “al deseo imperioso y a menudo irresistible, que surge bruscamente en ciertos sujetos y los empuja a la comisión de actos infundados, muchas veces brutales y peligrosos”. Por su parte, la impulsividad sería la disposición habitual a presentar impulsiones.

Otros autores han definido la impulsividad como “la tendencia a responder rápidamente y sin reflexión” o “un cambio a la acción sin premeditación o juicio consciente”.

La Real Academia Española en su edición de 1992 define impulsividad como la cualidad de impulsivo; e impulsivo sería aquel que “suele hablar o proceder sin reflexión ni cautela, dejándose llevar por la impresión del momento”. Impulso lo define como “el deseo o motivo afectivo que induce a hacer algo de manera súbita, sin reflexionar”.

Hay quienes definen impulsividad como una dimensión de la personalidad que se caracteriza por la incapacidad de resistir un acto o pensamiento que puede resultar dañino para uno mismo o para otros. En humanos se

caracteriza por: impaciencia, búsqueda de riesgo, preferencia por recompensas inmediatas, disminución de la capacidad de análisis de las consecuencias, búsqueda de placer y agresividad.

Los impulsos como actos movilizadores sería una condición natural y necesaria, pero la impulsividad excesiva, fuera de control, como dimensión patológica se presenta como síntoma cardinal o secundario en varias patologías, entre ellos destacan:

- Trastornos en el control de los impulsos no clasificables en otras patologías como: la tricotilomanía, cleptomanía, piromanía, ludopatía, trastorno explosivo intermitente, trastornos del control del impulso no clasificados.
- Trastornos en que el descontrol de los impulsos se contextualiza “como síntoma” en patologías específicas, por ejemplo: el trastorno por déficit atencional con hiperactividad, trastorno disocial o de conducta, trastorno de la personalidad límite y antisocial, trastornos de la conducta alimentaria (bulimia, trastorno por atracón, adicciones alimentarias específicas, etc.), trastornos por adicción (a consumo de sustancias, internet, video juegos), trastornos relacionados con la sexualidad, trastornos con una base orgánica (retardo mental, trastornos del desarrollo, etc.), otros (como el *Gilles de la Tourette*).

En el presente capítulo nos centraremos en los trastornos del control del impulso “orientados al cuerpo” (con especial referencia a las tricosis impulsivas y a la dermatilomanía); y al trastorno explosivo intermitente, exponiendo finalmente el diagnóstico diferencial entre éste último y el trastorno bipolar (discutiendo tres casos clínicos). No abordaremos la piromanía, el juego patológico o la cleptomanía (por su escasa prevalencia en niños y adolescentes), ni patologías del control de los impulsos clasificados en otros apartados del DSM - IV (p. ej., trastornos relacionados con sustancias, parafilias, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno disocial, esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo con características que implican problemas de impulsividad, etc.).

COMPULSIÓN O IMPULSIÓN

Existen varias enfermedades psiquiátricas que se parecen al trastorno obsesivo compulsivo como el alcoholismo, el abuso de drogas, el juego patológico, algunas conductas sexuales y algunos trastornos de la conducta alimentaria, etc. En todos estos trastornos el paciente no logra evitar el realizar alguna acción de uno u otro modo auto - lesiva. No obstante, por definición, no se incluyen en la categoría del trastorno obsesivo compulsivo, porque el individuo no se resiste necesariamente a las (*entre comillas*) “compulsiones”, ni suele reconocer la carencia de sentido de sus actos, experimentando en ocasiones cierto placer al llevar a cabo dichas actividades.

El fenómeno – “*repetir conductas*” - es único y exclusivamente lo que manifiesta en sí mismo, pero su análisis y el cómo es vivido por el paciente, implica conocer precisamente su esencia, y de ese modo puede ayudarnos a comprender a nuestros pacientes, a precisar mejor un diagnóstico y a ofrecerle un mejor tratamiento. En este sentido, el error de asignar el adjetivo “compulsivo” a cualquier conducta repetitiva, implica considerar sólo el fenómeno como hecho aislado y no la vivencia del mismo.

Para hacer una descripción fenomenológica es necesario poner entre paréntesis todos los prejuicios, es decir, quitarle al fenómeno los juicios y las creencias que se tienen de él; la adhesión incondicional y el sentido de pertenencia a un trastorno específico. Esto implica poner al fenómeno en suspenso y analizar los motivos que le acompañan o aquellos que nos han llevado a él.

Se ha hablado de conductas compulsivas (juego compulsivo, compras compulsivas, masturbación compulsiva, rascado cutáneo compulsivo, etc.), sin embargo, hay quienes prefieren hablar de trastornos de la impulsión para referirse a los mismos cuadros, haciendo una diferencia fenomenológica que creemos importante considerar.

En los actos impulsivos se desplegaría una energía inespecífica, una tendencia a la acción, que se le impone a un individuo (pero que surge de él mismo) originalmente sin objetivo, sin contenido ni dirección, precedida de un desasosiego y una tensión torturante; en que el paciente adopta la actitud de mero espectador, en la cual no participa, aunque – en ocasiones – es

susceptible conducirla y dirigirla. Una acción impulsiva está desprovista de una finalidad biológica, por ello, se ha hablado de “un instinto privado de su meta”, que encuentra primero un objeto sin objetivo.

Los actos compulsivos son comportamientos o rituales repetitivos, realizados voluntariamente, pues su contención resulta torturante, y cuyo propósito es conjurar una obsesión (idea, duda o imagen mental), aliviando así una insoportable ansiedad o estrés. A diferencia de la impulsión, la compulsión obedece a una obsesión.

Por otra parte, hay que considerar que la compulsión siempre es egodistónica, de principio a fin; en cambio la impulsión suele ser egosintónica mientras se desarrolla, pudiendo hacerse egodistónica una vez realizada, por la consecuencia que trae consigo, como en el rascado cutáneo el verse la lesión o en la tricotilomanía el verse la zona alopécica.

Otra característica es que la compulsión siempre es consciente, en cambio un impulso puede realizarse tanto consciente como inconscientemente, por ejemplo, en la tricotilomanía hay ocasiones en que el paciente sin saber cómo, se sorprende así mismo con un pelo en la mano o dentro de su boca.

Pese a las diferencias, compulsiones e impulsiones comparten el carácter de “dominar sin fundamento”, el vivirse como algo propio pero extraño, que nace del yo, pertenece al yo, pero éste no logra dominarlo, pudiendo sólo comportarse como espectador. López – Ibor, sugiere para esto último una estructura dialéctica señalando: *“es una dialéctica que no acaba nunca de por sí; a lo más se suspende para volver a empezar”*.

En la **TABLA I**: se observan las diferencias entre impulsos y obsesiones.

TABLA I

IMPULSOS	OBSESIONES
La impulsividad es considerada una falla o una ineficiente capacidad de control que resulta en una conducta desinhibida;	La compulsión es vista como una conducta controladora (de la obsesión) pero difícil de controlar
El impulso “brota” sin mayor intervención cognitiva;	La compulsión va orientada a neutralizar una idea obsesiva.
Es egosintónica inicialmente al reducir el estrés y durante su desarrollo “causar placer”; la consecuencia posterior o final es egodistónica.	Si bien reduce la ansiedad o distress, a diferencia del impulso, la compulsión siempre es molesta, egodistónica de principio a fin; nunca se asocia a placer o gratificación, sólo a alivio.
Antes de realizarlo puede dejarse llevar siendo parcialmente consciente en la concreción de la conducta.	Antes de realizar la compulsión puede haber planificación de qué y cómo realizarlo.
Los actos impulsivos – por su parte – exponen al paciente a situaciones potencialmente dañinas.	En su acción, la compulsión se concreta para “evitar un riesgo”.

CONDUCTAS (IMPULSIVAS) REPETITIVAS CENTRADAS AL CUERPO

El término “conductas repetitivas orientadas o centradas en el cuerpo” ha sido recientemente introducida en la literatura por Bohne para definir todas aquellas conductas que están dirigidas hacia el propio cuerpo y que a menudo se enfocan en remover alguna de sus partes tales como uñas, pelo, piel y mucosa.

Aunque todas estas conductas parecen ser relativamente comunes y generalmente benignas, la ocurrencia frecuente de ellas puede llevar a resultados físicos y psicosociales negativos en grado variable, como disminuir la autoestima y causar preocupación excesiva sobre la evaluación de los demás hacia sí mismos.

Muchas de estas conductas no constituyen patología, sino un hábito, es decir, una conducta que tiende a repetirse egosintónicamente, que surge bajo el control de la voluntad, donde el “yo” y la “acción” están sintonizados en una misma frecuencia (el “yo” quiere hacer la acción y la persona se identifica positivamente con su conducta).

En los “hábitos, el “yo” reconoce paternidad propia (la idea surge de él), busca un propósito funcional (a su servicio) y cuenta con el control de la voluntad. Su presencia “no produce molestia o rechazo”, no produce evitación, ansiedad, tensión, culpa, vergüenza o disfunción de ningún tipo; y su evitación o interrupción no se asocia a ninguno de los síntomas anteriores. Entre los más frecuentes tenemos hábitos de aseo como apretar comedones o de acicalamiento como morder las uñas sobre su borde libre.

Un hábito pasa a ser una conducta patológica cuando se apodera de los pacientes la persistencia, la penetrancia o la incapacidad de librarse de ellas por la voluntad en detrimento de lo funcional, social y estético.

Para crear y describir un grupo nosológico independiente, no basta con darle un nombre: “*conducta repetitiva orientada al cuerpo*”; ya que esto orienta exclusivamente hacia una conducta y no al sentido que se desprende de ella, lo cual debe ser investigado por el clínico. Por ejemplo, el rascado cutáneo o *skin picking*, como conducta repetitiva puede englobarse en una “gran hoya” diagnóstica que incluye desde la manifestación somática de la ansiedad, hábitos de aseo, estereotipias, delirios parasitarios, dismorfofobia, dermatitis artefacta, trastorno obsesivo compulsivo y finalmente trastornos del control del impulso propiamente tal.

CONCEPTO Y EPIDEMIOLOGÍA

Las “conductas repetitivas orientadas o centradas en el cuerpo” se refieren a todas aquellas conductas que están dirigidas hacia el propio cuerpo y que a menudo se enfocan en remover parte de éste tales como uñas, pelo, piel y mucosa.

Woods y cols. (1996) determinan arbitrariamente que las conductas repetitivas eran aquellas que se presentaban cinco o más veces al día, estimando que un 21.8% de la muestra de su estudio tenía morsicatio bucarum (cheek biting) y un 10.1% onicofagia habitual. También encontró un 3.2% de tricotilomanía, cifras que ascendían al 10.5% si no se consideraba el patrón de repetitivo. En su estudio no considera como patrón la existencia de disfunción social, ocupacional o en otras áreas significativas del funcionamiento, lo que no permite separar un hábito de una conducta patológica.

Teng y cols. (2002), encuentran que el 13.7% de una muestra de universitarios tenían una conducta repetitiva enfocada en el cuerpo, de estos el 1.8% eran hombres y el 11.8% eran mujeres.

TIPOS DE CONDUCTA REPETITIVA ORIENTADA AL CUERPO

-Almohadillas por succión. Corresponde a succionarse o morderse el dorso de los pulgares. Se produce un engrosamiento localizado de la piel similar a las almohadillas de los nudillos.

-Queratosis artefacta. Se presenta en forma de callosidades, habitualmente localizadas en los dedos o en las manos, producidas por frotarse, pellizcarse o morderse dichas zonas en forma repetida.

-Morsicatio buccarum o Cheek biting. Consiste en el hábito de morderse o succionar la mucosa bucal a nivel de las líneas de oclusión dental, llevando a la formación de pliegues leucoqueratósicos que alternan con erosiones superficiales irregulares.

-Onicofagia. Acto de morder e ingerir las uñas, afectando principalmente las manos e infrecuentemente los pies. Afecta a un 20 – 40% de los preescolares mayores de 3 años, aumentando entre los 8 y 12 años a un 25 - 60%, para declinar desde la adolescencia llegando a afectar a sólo el 10% de los mayores de 35 años. Como hábito la conducta puede ser un modo de acicalamiento, siendo el largo de las uñas controlado con los dientes; o una manifestación somática de la ansiedad. Sin embargo, hay casos severos en que la mordedura sobrepasa el borde libre de la uña, con un patrón de daño importante que incluye sangramiento, dolor, infección, paroniquia y osteomielitis; correspondiendo estos casos a conductas impulsivas semejantes a la tricotilomanía y al skin picking, asociándose a reducción de tensión y explicándose con ello porque se mantiene, pese al dolor y a la repugnancia social por el aspecto poco saludable.

-Onicotilomania. Forma infrecuente de impulsión en que el paciente se arranca sus propias uñas.

-Onicodistrofia por tic. Forma frecuente de distrofia ungueal producida por frotar o pellizcar de modo repetitivo los pliegues ungueales proximales, originando a nivel de la matriz detenciones parciales del crecimiento de la uña, la que crece con crestas y depresiones transversales en su superficie.

Las lúnulas son más largas que lo normal y los pliegues ungueales afectados aparecen irritados. Suele ser bilateral y más prominente en la mano dominante. Se observa usualmente en niños.

-Succión de los dedos (Finger sucking). Ha sido reconocida históricamente como una conducta habitual incluso in útero y en lactantes con una prevalencia de sobre el 95%, con interpretaciones tan diversas como ser un hábito para calmar el hambre hasta el ser una conducta auto erótica o un “objeto transicional”; clínicamente su persistencia se ha considerado una conducta “tranquilizadora”, regresiva, estereotipada, o del espectro obsesivo – compulsivo. Estudios recientes sugieren que estas conductas no dependen de conductas sociales o factores externos. Se estima una prevalencia de un 23% a un 50% entre los doce meses a cuatro años de edad, la edad promedio en que se abandona es a los 3.8 años. De todos los niños, el 80% se succiona exclusivamente el pulgar. Se considera crónico cuando se manifiesta en dos o más ambientes y por sobre los cinco años de edad (13 - 25%), reduciéndose a un rango de 6 - 11% a la edad de 11 años. Además sobre los cinco años aumentan patologías como deformaciones digitales, mal oclusión dental, envenenamiento accidental, entre otros. Pese a lo anterior, no se le ha dado cabida en ninguna clasificación diagnóstica, y nadie la ha comparado con otras conductas orientadas en el cuerpo.

-Queilitis impulsiva. Consiste en la manipulación de los labios por diversos medios, produciendo una queilitis o perpetuando una ya existente. Hay sequedad, descamación, formación de fisuras o costras, a menudo como resultado de lamerse o morderse los labios en forma repetida. Afecta por igual a ambos sexos. Algunos autores lo agrupan como parte del morsicatio buccarum.

TRICOSIS IMPULSIVAS

Tricotilomanía

La tricotilomanía fue descrita por el psiquiatra francés Hallopeau en 1889. Para el DSM – IV, la característica esencial es el arrancamiento recurrente del cabello que da lugar a una pérdida perceptible de pelo (Criterio A). Puede haber arrancamiento del pelo en cualquier región del cuerpo donde éste crezca (incluyendo las regiones axilar, púbica y perirrectal), pero los

sitios más frecuentes son la cabeza, las cejas y las pestañas. El arrancamiento de pelo puede ocurrir en episodios breves distribuidos a través del día o en menor frecuencia, pero de forma sostenida, continuar durante horas. Las circunstancias provocadoras de estrés aumentan el comportamiento de arrancamiento del pelo, aunque en los estados de relajación y distracción también se observa este comportamiento (p. ej., cuando se lee un libro o se ve la televisión). Inmediatamente antes de arrancarse el cabello el individuo experimenta una sensación de tensión creciente (Criterio B). En algunos sujetos la tensión no precede necesariamente al acto, sino que va asociada al intento de resistir la necesidad. Hay gratificación, bienestar o sensación de liberación cuando se ha arrancado el cabello (Criterio C). Algunas personas experimentan una sensación de «hormigueo» en la cabeza que es aliviada al arrancar el cabello. No hay que establecer el diagnóstico de tricotilomanía si el arrancamiento de cabello se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., como consecuencia de ideas delirantes o alucinaciones) o es debido a una enfermedad médica (p. ej., dermatitis u otras enfermedades dermatológicas) (Criterio D). La alteración puede causar malestar significativo o deterioro de la actividad social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio E).

Aparece en la infancia a una edad promedio de 13 años, y tiende a la cronicidad, estimándose en un 2 - 3% de la población general, con una clara tendencia al sexo femenino (70%).

El Arrancamiento en el 38% es en un solo sitio (p.ejm., cuero cabelludo), 62% en dos o más, 33% en tres o más, y 10% en cuatro o más. Las zonas más afectadas son el cuero cabelludo (75%), pestañas (53%), cejas (42%), área púbica (17%), barba y cara (10%), brazos (10%) y piernas (7%). El 48 a 64% presentaría conductas manipulatorias orales como lamer o chupar los pelos, frotarlos alrededor de la boca y mascarlos (33%) o ingerirlos (10%). Por su parte, el 85% de los pacientes crónicos presentan otras conductas repetitivas centradas en el cuerpo como onicofagia, morderse la lengua, darse golpes en la cabeza o morderse los nudillos o rascarse la piel o lesiones que tienen en el cuerpo.

Se describen dos sub tipos:

1.-En asociación de estados emotivos negativos y tricotilomanía. Estos pacientes suelen confirmar que sienten una gran tensión previa que se alivia posteriormente (25%).

2.-El acto se produce durante las actividades “sedentarias” que conlleva “actitudes contemplativas”, por ejemplo leer o estudiar. En esta forma sedentaria, la atención se centra en la actividad y disminuye la conciencia de la conducta tricotilomaniaca ($\pm 75\%$). La mayoría de los pacientes presentan ambos patrones combinados.

Un 5 a un 18% presenta tricotilofagia (ingesta de cabello) y un 37.5% de estos pacientes presentarían tricobezoares, de los cuales un 22.2% son asintomáticos, produciendo el resto molestias vagas, llegando en casos extremos al síndrome de Rapunzel evocando al cuento de los hermanos Grimm (1812) en que una joven lanzaba su larga cabellera para que su enamorado subiera a la torre donde se encontraba prisionera.

La patología del síndrome está dada por la presencia de cabellos en el intestino delgado con una gran bola de cabello fija en el estómago como un ancla. Puede ser muy grave, por necrosis isquémica y perforación del intestino delgado. Los tricobezoares se observan en mujeres en el 90% de los casos y en menores de 30 años en el 80%, con un peak de incidencia entre los 15 y 20 años de edad. Entre otros factores en la génesis de la entidad está la longitud del cabello, cantidades de cabello ingeridas, disminución del peristaltismo, alteración de la mucosa, secreción ácida y contenido de grasa en la dieta. Se sugiere que el cabello es atrapado en los pliegues gástricos y retenido debido a una insuficiente superficie de fricción la cual es necesaria para la propulsión. El cabello ingerido siempre se vuelve de color negro independientemente de su color debido a la desnaturalización de las proteínas por el ácido del jugo gástrico.

Los síntomas de la enfermedad son, masa móvil en el epigastrio (70%), náuseas y vómito (64%), hematemesis (61%), pérdida de peso (38%) y diarrea o constipación (32%). La presencia de los síntomas depende de la elasticidad del estómago, el tamaño del bezoar y de la aparición o no de complicaciones. Las complicaciones de los bezoares son mecánicas y traumáticas. Entre las primeras están la obstrucción y el íleo (10,8%); y entre las traumáticas, la ulceración (9,6%), hemorragia, perforación (3,2%)

y peritonitis (3,8). La obstrucción intestinal baja se presenta cuando fragmentos del tricobezoar pasan el píloro y se detienen en algún segmento del intestino. La úlcera se produce en la curvatura menor en 80% de los casos y se presenta por necrosis de la pared gástrica por presión.

Rinotilexomania: Término introducido por James W. Jefferson (1995), y que corresponde a la práctica común que consiste en hurgar con el dedo la nariz desde minutos hasta horas al día. Andrade y Srihari (2001) entrevistaron a 200 adolescentes y hallaron que un 16.8% encontraban que tenían un problema serio de rinotilexomania. En la literatura se describe un caso de rinotricotilomania y rinotilexomania severa, en que se disecaba la mucosa nasal con sangramiento e infecciones locales recurrentes, todo en el contexto de un trastorno dismórfico corporal con incapacidad para controlar el impulso, y que cede al uso de 150 miligramos de imipramina. Del mismo modo la literatura describe el caso de una mujer que se habría autoinducido una etmoidectomía amplia del lado derecho y una perforación septal nasal extensa. Incluimos aquí la rinotricotilomania que une características de la tricotilomanía y de la rinotilexomania.

Tricoteiromania: Descrito por Freysschmidt (2001) consiste en rascar o frotar con dedos y uñas como “una goma de borrar” sobre cualquier superficie con pelo, produciendo alopecia secundaria. No hay arrancamiento del cabello.

Tricotemnomania: Descrito por Braun-Falco y Vogel (1968), del Griego thrix (pelo), temnein (cortar), mania (locura). Corresponde al recorte o afeitado impulsivo del pelo.

Tricodaganomania o Tricodontoclasia: Del Griego thrix (pelo), daganein (morder), and mania (locura). Consiste en cortar el pelo con los dientes, sin comer. Como en la tricotilomanía clásica, se describe la urgencia por morder su propio pelo de forma irresistible seguido de gratificación y alivio.

Pseudoalopecia por Fricción: Consiste en friccionar hacia atrás en forma repetida al modo de “cepillado” el cabello, aplicando cierta fuerza sobre el cuero cabelludo produciendo alopecia secundaria. No se sabe su prevalencia.

Tricocriptomania o tricorrexomania: Cortar el pelo con las uñas, por ejemplo, romperlo o triturarlo con las uñas en varias partes. Debe cumplir

con la fenomenología de un descontrol del impulso y no como un hábito (característico de las mujeres) que cortan las puntas “partidas” como conducta de acicalamiento. Sería poco prevalente, desconociéndose su frecuencia tanto en la población clínica como general.

Tricotilomanía tonsurante: Descrito por Sanderson (1970) se refiere a la conducta impulsiva de cortar el pelo con algún objeto a pocos centímetros del cuero cabelludo. Sería poco prevalente, desconociéndose su frecuencia tanto en la población clínica como general.

Tricosis Neuropática: Descrito por Le page (1884) corresponde a enredarse o enroscarse el pelo con la subsecuente formación de una masa empedernida. Prevalencia desconocida.

NEUROBIOLOGÍA Y TRATAMIENTO

La investigación etológica demuestra que los animales no humanos pueden caer en conductas similares que se han considerado compulsivo – impulsivas. Así se describe en perros la dermatitis acra por lamedura, la aereofagia, el dar vuelta en círculos, perseguir su rabo y algunos objetos; en gatos el lamerse el costado, la agresión compulsiva y el dar vuelta en círculos; en aves el arrancarse las plumas, el picarse las manchas, la regurgitación y el trazar un recorrido; en equinos la tricotilomanía y morder el pesebre; etc.

Una hipótesis posible para explicar estas conductas es que estos individuos perciben la actividad somática con mayor intensidad y frecuencia que las personas que no desarrollan estas conductas, por ejemplo, prurito, presión en la uña, o alrededor de ésta u hormigueo en el cuero cabelludo, etcétera; como resultado el estímulo somático puede ser más fuerte para estos individuos y por esto el foco de la conducta repetitiva puede ser dirigido hacia estos estímulos más que a otra conducta repetitiva como jugar con un lápiz haciendo ruido.

Woods (1996) encontró una correlación positiva significativa entre los puntajes en un índice de sensibilidad somática (más sensaciones físicas corporales, músculos apretados, molestias abdominales, etc.) y el número de conductas enfocadas al cuerpo. En otras palabras mientras más se reportaba actividad somática, se presentaban más conductas.

La neurobiología en éste tipo de trastorno no ha arrojado mayores resultados. Lo más estudiado ha sido la tricotilomanía, con hallazgos muy generales.

Se cree que los neurotransmisores monoaminérgicos tienen un rol importante en la mediación de algunas conductas repetitivas y que el sistema serotoninérgico está involucrado en la tricotilomanía por lo siguiente:

- 1.- Hay una importante asociación entre la activación de neuronas serotoninérgicas y la ejecución de conductas motoras repetitivas.
- 2.- Hay evidencia específica de una asociación entre la actividad serotoninérgica y las conductas de acicalamiento, que puede ser análogo a la extracción de pelo.
- 3.- Gran parte de las investigaciones actuales apuntan a una disfunción serotoninérgica como un factor muy significativo en el trastorno obsesivo compulsivo y otros trastornos caracterizado por conductas repetitivas no deseadas; lo que es compatible con la respuesta a antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS).

Si bien la tricotilomanía compartiría muchos aspectos con el trastorno obsesivo compulsivo, como la respuesta a los mismos grupos de fármacos, investigadores creen que la neurobiología es distinta por las características clínicas y por el hecho que el trastorno obsesivo compulsivo se gatilla espontáneamente y en cualquier circunstancia, mientras que la tricotilomanía lo hace en circunstancias más específicas como viendo televisión, estudiando o hablando por teléfono, etc.

Con el objeto de corroborar similitudes o diferencias neurobiológicas entre éstas dos patologías, en un estudio se administró a mujeres con tricotilomanía y controles sanos, un agonista serotoninérgico mixto m – clorofenilpiperacina (m–CFP), que en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo empeora los síntomas de forma importante, sin evidenciar exacerbación de la conducta; sin embargo, se evidenció una moderada elevación del ánimo, situación similar a lo que ocurre cuando se administra m–CFP a personalidades impulsivas.

Otras teorías tienen relación con fenómenos autoinmunitarios, en que anticuerpos reaccionarían de modo cruzado con el sistema nervioso central,

liberando un “patrón de acción fijo patológico” (arrancamiento del pelo). Sin embargo, y pese a los esfuerzos, estas comunicaciones no pasan más allá de observaciones anecdóticas.

En cuanto al tratamiento, se ha documentado con éxito el uso antidepresivos tricíclicos e ISRS, con buena respuesta al compararlos en estudio doble ciego con el placebo. Los antidepresivos más estudiados en éste aspecto son los ISRS y dentro de estos la fluoxetina, seguido por la sertralina y la fluvoxamina, todos efectivos en el manejo de éste trastorno. La fluoxetina ha demostrado ser altamente efectiva con dosis entre 20 – 80 miligramos, la sertralina con dosis entre 50 a 200 miligramos al día, y el escitalopram con dosis entre 10 a 30 mg. Otros fármacos de gran utilidad son el topiramato de 50 a 200 mgs x día y la olanzapina de 5 a 20 mgs.

DERMATILOMANIA

La dermatilomanía o dermatotilomania es un tipo de conducta impulsiva repetitiva orientada al cuerpo, descrita por Wilson el año 1875 bajo el nombre de skin picking. Actualmente en la literatura recibe denominaciones como: rascado cutáneo compulsivo (skin compulsive picking), excoriación neurótica, excoriación psicógena o acné excoriado.

Como expresión, la dermatilomanía, se caracteriza por la necesidad o urgencia por tocar, rascar, frotar, restregar, friccionar, apretar, morder o excavar la piel, a menudo en respuesta a mínimas irregularidades o defectos, o a la presencia de zonas afectadas por acné discreto. Lo anterior, realizado con uñas y/o herramientas accesorias como pinzas o agujas, siendo el daño tisular de moderado a severo, pudiendo complicarse con infecciones de diversa cuantía (llegando incluso a la celulitis), cicatrices definitivas y deformantes, y un significativo daño estético/emocional. Como entidad nosológica (no incluida en el DSM IV o el CIE – 10), ha sido considerada parte del espectro obsesivo compulsivo o como un trastorno en el control de los impulsos.

La epidemiología de la dermatilomanía no ha sido bien establecida. En la consulta dermatológica su prevalencia es cercana al 2%, mientras que entre los estudiantes universitarios fluctúa entre un 2% a 4%; desconociéndose la información en la población general. En un estudio que reunió a 200 estudiantes de psicología, se encontró que el 91.7% de los alumnos

reconocía haber pellizcado su piel durante la última semana, pero el 57.9% señaló que dicha conducta era recurrente, definido como uno o más episodios diarios. Estas cifras se reducen al 4.6% si se consideraba la presencia de estrés o impedimento funcional producto del rascado, y al 2.3% si no se consideraban aquellos pacientes cuyo rascado tenía directa relación con alguna patología no psiquiátrica.

En otro estudio realizado con 111 alumnos de psicología, se encontró un 78.1% de rascado cutáneo. Si entre quienes rascaban su piel, se consideraba como criterio un “notable daño tisular” pero sin estrés para el paciente, estas cifras se reducían al 48.8%; y al considerar los dos criterios a un 4.9%. Extrapolando los resultados se encontró que en el 3.8% de la población general universitaria (total de encuestados, incluyendo a quienes no se rascan) era posible encontrar un rascado con consecuencias estéticas y emocionales significativas, cifras que coinciden con otros estudios de prevalencia.

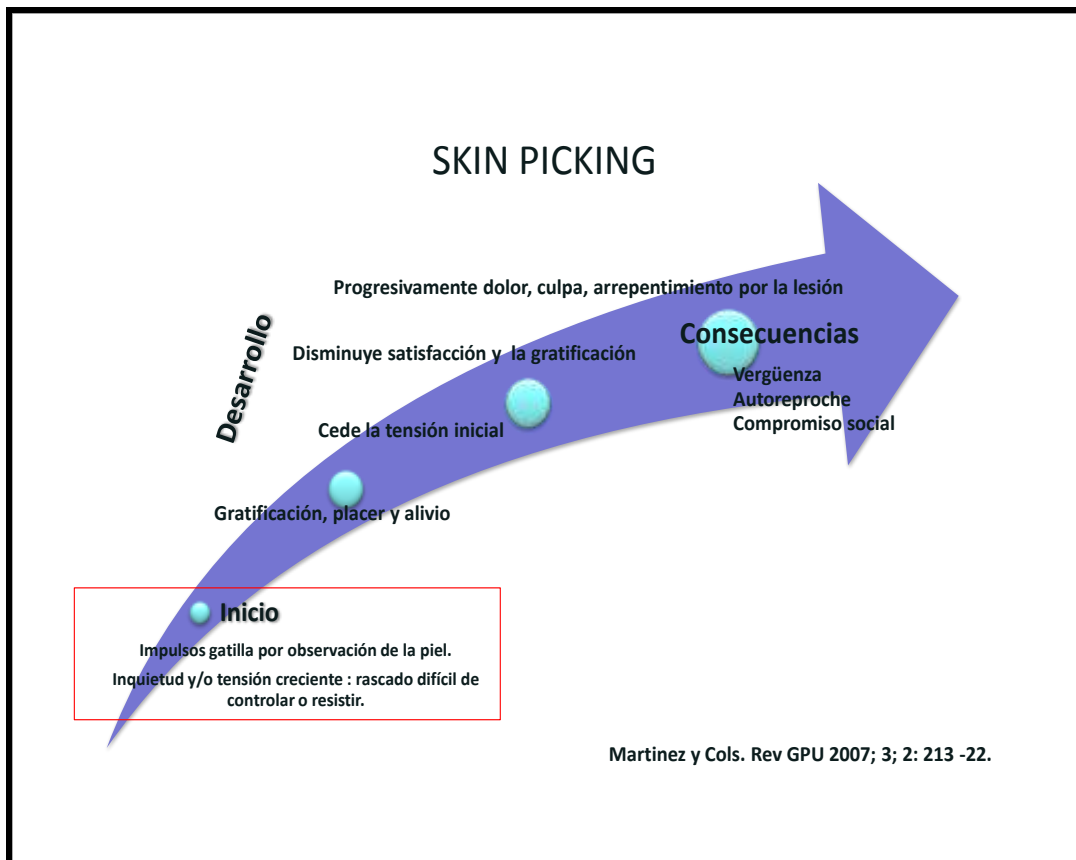
Entre 1324 alumnos estudiantes universitarios, 381 participantes (28.8%) reportaron un rascado cutáneo ocasional (menos de 1 hora por día); 56 (4.2%) señaló que su conducta era frecuente (entre 1 a 3 horas diarias); 9 (0.68%) muy frecuente (entre 3 a 8 horas diarias) y; 4 (0.3%) constante (más de 8 horas diarias). Considerando el total de pacientes encuestados, 149 participantes (11.3% del total, 2/3 de los cuales eran mujeres) reportaron un distress leve frente al rascado; 37 (2.8%, 28 de los cuales eran mujeres) un distress moderado; 13 (0.98%, 9 mujeres) un distress severo; y 4 (0.3%, 1 mujer) un distress “extremo”. Esto indicó que el 5.2% de la muestra se dedicaba al rascado con gran regularidad; adicionalmente 4.0% reportó como mínimo un distress moderado.

En cuanto a la edad de inicio, la dermatilomanía aparece entre los 12.4 y 15 años de edad, con un rango entre los 5 a 23 años, aunque para otros autores este fluctúa entre los 30 y 40 años. Su curso tiende a la cronicidad, estimándose en promedio una duración de 21 años, y su distribución varía según sexo con una relación de 3:1 a 8:1 a favor a las mujeres. Un estudio que incluyó población no consultante, no evidenció diferencias entre ambos sexos, sin embargo, los casos graves de rascado se observaron exclusivamente en el sexo femenino.

El cuadro clínico se origina (por primera vez) en respuesta a prurito u otras sensaciones cutáneas como ardor, hormigueo, calor, sequedad, dolor, etc.; para luego dar paso a conductas compulsivo - impulsivas independiente a dichas sensaciones.

Los impulsos posteriores usualmente se gatillan por la observación de la piel, dando paso a una inquietud y/o tensión creciente que hace que el rascado sea difícil de controlar o resistir. Mientras se realiza el rascado, se produce una sensación de gratificación, placer y alivio, que algunos llegan a describir como un estado de trance; sin embargo, a medida que transcurre la conducta, disminuye la satisfacción y la gratificación, disminuye el prurito y la sensación de tensión inicial; dando paso a dolor, sentimiento de culpa y arrepentimiento, que se incrementa progresivamente a medida que se prolonga el rascado. Finalmente las lesiones resultantes producen vergüenza, autoreproche y compromiso social en grado variable que puede ir desde la evitación circunstancial (playa, piscina, o no usar poleras y faldas) hasta la limitación de la vida afectiva y sexual, llegando incluso al aislamiento social.

FIGURA I: FENOMENOLOGÍA DEL RASCADO CUTÁNEO IMPULSIVO



La sensación de tensión previa es descrita por la mayoría de los pacientes (79 a 81%). De igual forma, el alivio posterior se observa en más de la mitad de los casos (52 a 79%).

El rascado se realiza sobre granos o espinillas (93.2%), picaduras de insectos (63.9%), costras (57.1%), zonas infectadas e inflamadas o tumefactas (34.6%), o sobre piel sana (7.7 a 18%).

Hay situaciones emocionales facilitadoras como estrés, tristeza, rabia, aburrimiento y ansiedad, o situaciones específicas como hablar por teléfono, estar en cama, leer, ver televisión, tomar un baño, etc.

Las conductas utilizadas son apretar la piel (59.0 a 85%), rascar (55.1 a 77.4%), morder (32.3%), frotar o restregar (21.8 a 24.1%), tocar (15.0%), excavar y remover (4.5 a 11.5%) o pinchar (2.6%); siendo los instrumentos más comúnmente utilizados uñas (73.1 a 80.5%), dedos (51.3 a 71.4%),

dientes (35.3%), alfileres o broches (5.1 a 16.5%), pinzas (9.0 a 14.1%), tijeras (5.3%), tejidos (5.1%) y otros instrumentos (2.6%).

Las zonas afectadas con mayor frecuencia difieren entre un estudio y otro, siendo las más citadas: cara, brazos, piernas, y dorso del tórax; lo anterior, probablemente por ser zonas expuestas y de fácil acceso. Al respecto, un tipo especial de dermatilomanía es la llamada tricoteiromania, en que el paciente rasca o frota sus dedos y uñas como si fuesen “una goma de borrar” sobre cualquier superficie con pelo, produciendo alopecia secundaria. A diferencia de la tricotilomanía en éste caso no hay arrancamiento del cabello.

Por afectar regiones visibles, el 70.7% de los pacientes con skin picking trata de cubrir y disimular las áreas excoriadas usando cosméticos (60.2%), prendas de vestir (20.3%), vendajes (17.3%), etc. En otra serie, 46.2% reportaba el uso de cosméticos para “camuflar” las zonas afectadas, 19.2% vendajes y 10.3% ropas especiales.

En la **TABLA II**, se compara la prevalencia de distribución del rascado según dos estudios diferentes. Si bien en ambos grupos la cara es la región más afectada, existe divergencia en la distribución de las zonas afectadas. Estos resultados podrían explicarse por la diferencia tanto en la edad como en la severidad de las muestras. El estudio de Keuthen y col (2000) incluye un grupo de estudiantes, en cambio, el trabajo de Calikusu y col (2003) es realizado en pacientes adultos que consultan a dermatología por las lesiones del rascado cutáneo. Del mismo modo, en el trabajo de Keuthen y col (2000) se comparó el grupo de estudiantes que reportó skin picking con una muestra de pacientes con el mismo diagnóstico que se encontraba bajo control dermatológico, encontrando en el segundo grupo una mayor severidad clínica y un compromiso preferente de la parte alta del torso, extremidades superiores e inferiores, y no tanto en cara como en adolescentes (probablemente los pacientes jóvenes remuevan espinillas o puntos negros, y eso oriente su rascado a zonas diferentes al paciente adulto).

TABLA II: PREVALENCIA DE LAS REGIONES AFECTADAS POR SKIN PICKING SEGÚN DOS ESTUDIOS DIFERENTES

SITIO / %	KEUTHEN Y COLS (2000) ⁽²⁾ N = 78	CALIKUSU Y COLS (2003) ⁽¹⁰⁾ N = 31
Cara	-	41.9
Mentón	57.7	-
Mejillas	39.7	-
Nariz	38.5	-
Frente	34.6	-
Espalda	-	29.0
Cutículas	28.2	-
Cuero cabelludo	24.4	-
Manos	23.1	-
Abdomen	-	22.6
Brazos	15.5	77.4
Labios	12.8	-
Hombro	10.3	-
Piernas	10.3	58.1
Pies	10.3	-
Parte baja del dorso	6.4	-
Cuello	6.4	25.8
Orejas	5.1	-
Ojos	5.1	-
Ingle	3.8	-
Pecho	2.6	-

Típicamente las excoriaciones son de pocos milímetros de diámetro y como consecuencia del rascado se describe prurito (69.9%), dolor e irritación (37.2 a 50.4%), sangramiento (36.8 a 53.8%), inflamación (35.9%), infección (2.6 a 31.6%), marcas o cicatrices (21.1 a 23.1%), desfiguración (1.3 a 3.0%), cavidades o cráteres profundos (2.3 a 2.6%), e hipo o hiperpigmentación de la zona afectada.

Las lesiones cavitadas secundarias al rascado pueden ser superficiales o profundas y a menudo de distribución lineal. La base de las úlceras puede estar limpia o cubierta por costras, y generalmente se observan cicatrices de lesiones anteriores, escaras lineales o lesiones redondeadas hipo o hiperpigmentadas, localizadas en el área donde se producen las excoriaciones. Las personas diestras tienden a producirse lesiones en el lado izquierdo, mientras que en los zurdos ocurre lo contrario.

En quienes presentan un rascado diario, se estima que 24.8% ocupa menos de un minuto al día, 43.6% entre uno y diez minutos, 14.3% entre once y treinta minutos, el 6.8% entre treinta y noventa minutos, y 1.5% más de noventa minutos diarios. En este estudio, no se especifica la relación temporal existente entre minutos de rascado y daño tisular, funcional o social; aunque mientras mayor es el tiempo dedicado a la conducta, mayor sería el deterioro global del paciente. Otro estudio encontró que un 2.6% de quienes rascaban de modo recurrente su piel, lo hacían por más de 250 minutos al día, dedicando el mayor tiempo a dicha conducta entre las 20 y las 24 horas.

Otras conductas repetitivas relacionadas con el cuadro son onicofagia (65.4%), onicotilomanía (59.0%), succionarse los labios (50%), hacer sonar los nudillos (48.7%), enroscar el pelo (39.7%), morderse la mejilla (23.1%), espasmos de los párpados (15.4%), atracón de comidas (9.0%) y mecer el cuerpo (9.0%).

La comorbilidad se ha observado con trastornos de la personalidad (66.7%; 50% de los cuales son trastornos borderline), depresión mayor (47.6%), distimia (28.6%), ansiedad generalizada (19%), trastorno obsesivo compulsivo (6 a 19%), fobia social (9.5%), bulimia (9.5%) desorden de pánico (4.8%), trastornos de somatización (4.8%), y en menor porcentaje con enfermedad bipolar, agorafobia, estrés post – traumático y fobia específica.

A lo largo de la vida, el skin picking puede presentarse en aproximadamente el 10% de los pacientes con tricotilomanía.

El tratamiento para la dermatilomanía son los antidepresivos, tanto tricíclicos como inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), con buena respuesta en relación a placebo. Los antidepresivos más estudiados son los ISRS particularmente fluoxetina, seguido por sertralina y fluvoxamina. La fluoxetina ha demostrado ser altamente efectiva con una dosis promedio de 55 miligramos al día a las 10 semanas de tratamiento (rango 20 – 80 miligramos) y la sertralina con dosis promedio de 95 miligramos al día, con disminución al 50% de la sintomatología al primer mes de tratamiento; y el escitalopram - según nuestra experiencia - en dosis entre 10 a 20 mg. Del mismo modo, se han fármacos utilizados con éxito

han sido paroxetina, clomipramina, topiramato, olanzapina, pimozide, naltrexona, entre otros.

Respecto a la olanzapina, se reporta el caso de una paciente que luego de 8 meses de respuesta parcial a una terapia combinada con hidroxizina, sertalina y alprazolam, remite en su conducta impulsiva dentro del primer mes de adicionada olanzapina en dosis de 10 mg. /día. En otro paciente cuya respuesta fue limitada a sertralina, olanzapina en dosis de 2.5 mg. /día logró respuesta a partir del segundo día; luego de unas semanas, al suspender la medicación se reinicia el rascado, cediendo nuevamente al reintroducirse el antipsicótico.

TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE (TEI)

Muchos trastornos psiquiátricos consideran dentro de su *armamentarium* sintomático la impulsividad y la agresividad, por lo que ambos tendrían aparentemente escasa especificidad al momento de plantear un diagnóstico. Algunos consultantes han demostrado presentar solamente episodios violentos de rabia, imprevistos y/o recurrentes. En el DSM IV no encontramos categorías diagnósticas para los trastornos que cursan con irritabilidad, y listan síntomas como la rabia, la impulsividad, la agresividad y la hostilidad como criterios a considerar para, sumado a otros, establecer una entidad diagnóstica. Pabis y Stanislav (1996) registran 24 diagnósticos en el DSM-IV que incluyen la agresividad como un criterio primario de diagnóstico o como síntoma asociado. Algunas de las patologías psiquiátricas que se relacionan con patrones agresivos de conducta se señalan en la **TABLA III**.

TABLA III

DIAGNÓSTICOS DSM-IV DONDE LA AGRESIVIDAD SE INCLUYE COMO CRITERIO CLÍNICO

Intoxicación con alcohol, anfetaminas, cocaína, inhalantes, fenilciclina, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Trastorno de personalidad antisocial.

Trastorno limítrofe de la personalidad.

Trastorno de conducta (en niños).

Trastorno oposicionista desafiante (en niños).

Demencia (tipo Alzheimer o de otra etiología) con desórdenes de la conducta.

Trastorno explosivo intermitente.

Cambios en la personalidad producto de una condición médica general, tipo agresivo.

Trastorno de estrés post-traumático.

Trastorno bipolar, fase maniaca.

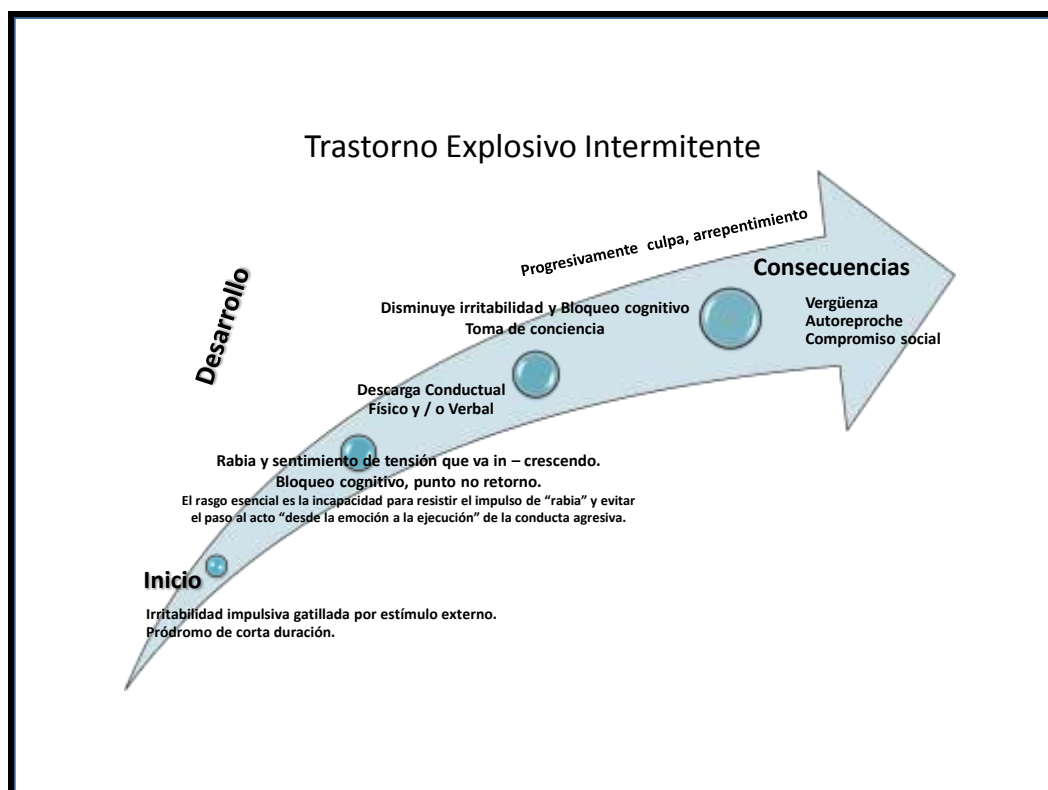
Una agresividad severa, episódica, impulsiva y difícil de controlar se podría contextualizar en un TEI. Este trastorno fue introducido formalmente por el DSM-III en 1980. El DSM-IV lo incluye en la categoría de Eje I en los denominados trastornos del control de los impulsos junto a la cleptomanía, piromanía, juego patológico y tricotilomanía.

El trastorno explosivo intermitente (TEI) se caracteriza por episodios de impulsos agresivos enteramente desproporcionados respecto a los factores gatillantes que se traducen en conductas violentas verbales y/o físicas hacia personas u objetos. Para el DSM – IV lo anterior no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental, comorbilidad médica o efectos fisiológicos a agentes farmacológicos u otros agentes con propiedades psicotrópicas.

El rasgo esencial de los trastornos del control de los impulsos de tipo explosivo es la incapacidad para resistir el impulso de “rabia” y evitar el paso al acto “desde la emoción a la ejecución” de la conducta agresiva. En la mayoría de los trastorno del control de los impulsos, los individuos

describen una creciente tensión interna antes de la concreción del acto explosivo y luego experimentan diversos sentimientos, que van desde la satisfacción, el alivio, el remordimiento o la vergüenza casi inmediatamente después de ocurrida la explosión. Acertadamente es estas conductas fueron descritas por Maletzky en una discusión formulada el año 1973 referente al descontrol episódico: *"... en particular prominente entre estos sujetos, se observa remordimiento extremo por sus acciones. Ellos ven estos episodios como ajenos y desagradables; muchos lloraron en la descripción de los efectos de su comportamiento violento, aunque todos estaban de acuerdo con que tal dolor no era pedagógico en el sentido de evitar nuevos episodios de descontrol"*.

FIGURA II. FENOMENOLOGÍA DEL TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE.



Pese a ser incluido en el DSM hace más de dos décadas, existen pocos datos de prevalencia a lo largo de la vida para TEI tanto en la clínica psiquiátrica como en la población general. Datos disponibles de las revisiones clínicas

de las muestras de pacientes psiquiátricos hospitalizados y los estudios de tratamiento clínico de TEI sugieren que las tasas en el *setting* de atención psiquiátrica se fluctuarían entre el 1 a 2%.

La suposición de que el TEI es un trastorno raro puede fundamentarse en que los primeros criterios diagnósticos de TEI eran muy restrictivos. Por ejemplo, los criterios DSM-IV (y los criterios de investigación) para TEI ya no incluyen como criterio de exclusión (como en las versiones anteriores del DSM) que los sujetos “*no debían mostrar una agresividad o impulsividad generalizada entre los episodios severos de agresividad*”. Dado que este criterio por sí solo elimina el 80% de los sujetos con historia clínica significativa de impulsividad con comportamiento agresivo del diagnóstico de TEI, es probable que los primeros estudios de prevalencia sugirieran tasas muy bajas subestimando sustancialmente la prevalencia real de éste cuadro.

Coccaro y cols. (2004) presentan los datos de un estudio piloto de la comunidad

que sugiere que las tasas de prevalencia de vida de TEI en la comunidad van desde 3,32% a 9,32% y en 1 - mes oscilarían entre el 0,49% a 4,25%. Si estas tasas son válidas, el TEI puede ser mucho más frecuente de lo que antes pensó.

El TEI es más común en hombres, sin embargo, las mujeres también tienen problemas de agresividad impulsiva, y algunas reportan un incremento de los síntomas explosivos intermitentes durante el período premenstrual. La habilidad en controlar las conductas agresivas y violentas puede asociarse con anormalidades en la función serotoninérgica central. Se ha propuesto que las neuronas serotoninérgicas estarían implicadas no sólo en la activación conductual, sino también en la capacidad del organismo de retrasar el paso al acto. Varios estudios han confirmado la relación entre bajas concentraciones del ácido 5 – hidroxindolacético, metabolito de la serotonina, y conductas agresivas. Linnola y col. (1983), han dividido las conductas agresivas en impulsivas y no impulsivas y han encontrado concentraciones relativamente bajas del 5-HIAA en personas con conductas impulsivas violentas pero no en quienes presentan actos violentos

premeditados. Los autores concluyeron que una baja concentración del 5-HIAA era un marcador de impulsividad más que de violencia.

La prevalencia promedio estimada a lo largo de la vida y para 12 meses alcanza a 7,3% y 3,9% respectivamente; con una media de 43 episodios explosivos en la vida siendo la edad media de inicio a los 14 años.

La temprana edad de inicio del TEI sería un antecedente importante con respecto a la comorbilidad, ya que se podría postular que este cuadro sería temporalmente anterior a muchos de los otros trastornos del DSM IV con la que se postula comorbilidad. Se encontró que esto fue especialmente positivo para la depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y trastornos por consumo de sustancias, donde la gran mayoría de encuestados informaron de que el TEI comenzó en ellos a una edad más temprana que estos otros trastornos. Esto plantea la posibilidad de que el TEI sea un factor o un marcador de riesgo para la aparición de otros trastornos.

Los actuales criterios DSM para TEI son reduccionistas y limitan la aceptación de dicho trastorno como un diagnóstico “puro” sin comorbilidades, siendo difícil para muchos pacientes identificados con "agresividad impulsiva" satisfacer la actual definición del DSM-IV de TEI.

Los criterios diagnósticos del DSM-IV son los siguientes:

A. Varios episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.

B. El grado de agresividad durante los episodios es desproporcionado con respecto a la intensidad de cualquier estresante psicosocial precipitante.

C. Los episodios agresivos no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, episodio maníaco, trastorno disocial o trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal, enfermedad de Alzheimer).

El DSM-IV no enfatiza el concepto “de un impulso irresistible o incontrolable” y no valora la alta egodistonia de los episodios de irritabilidad y agresividad.

Tampoco el DSM considera aquellos individuos que presentan agresividad verbal frecuente como vociferaciones, gritos, insultos o amenazas, y limita los criterios diagnósticos a agresiones físicas. Del mismo modo, no define el número mínimo de actos agresivos requeridos para el diagnóstico; no señala en qué plazo (de tiempo) deben presentarse los actos agresivos para establecer el diagnóstico; no define o da ejemplos a que se refiere con “impulsos agresivos que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad”, y no considera la co-asociación a otros trastornos del Eje I o II. En un afán aclaratorio, Coccaro y cols. (1998) define como “actos agresivos”:

-Cualquier acto de agresión física sobre una persona - sea o no - asociada a una injuria evidente sobre la víctima; es decir, no sólo condiciones objetivables sino, p.ej., empujones, manotazos, bofetadas.

-Destaca que la destrucción sobre la propiedad (o los bienes) se concretiza sin importar el valor de éstos.

Este mismo autor propone en 2004 algunos criterios diagnósticos para TEI:

-Sugieren la presencia de 3 o más actos agresivos **serios** “de ataque a terceros” o “destrucción de la propiedad” en un año;

-2 o más actos agresivos semanales en a lo menos un mes que involucre “ataques verbales” o “contra objetos” (en este caso, las conductas agresivas aunque de baja intensidad, por su alta frecuencia, se incluyen como criterio si producen un distrés importante o un compromiso socio-emocional).

-Los actos surgen desde el impulso y no la premeditación, y requiere un importante compromiso o deterioro psicosocial; eliminando el Criterio DSM que especifica que el diagnóstico queda excluido si el paciente presenta un Trastorno Limite o Antisocial de la Personalidad. Para el autor, la comorbilidad entre TEI y Trastorno de Personalidad es soportado en el hecho de que aquellos T de P, que reúnen criterios de TEI, tienen un mayor compromiso psicosocial comparado con quienes no presentan dicho trastorno.

Recientemente el mismo Coccaro y cols. (2010) plantean nuevos criterios DSM en preparación para su quinta versión:

A. Incidentes recurrentes de agresividad expresada como cualquiera de las siguientes formas:

A1. Agresiones verbales o físicas hacia otras personas, animales u objetos (propiedad) que ocurren dos veces a la semana durante a lo menos un mes o;

A2. Tres o más actos agresivos **serios** “de ataque físicos a terceros” o “destrucción de la propiedad” en un año.

B. El nivel o grado de agresividad expresada es “absolutamente” desproporcionada a la provocación o a los estresores psicosociales precipitantes.

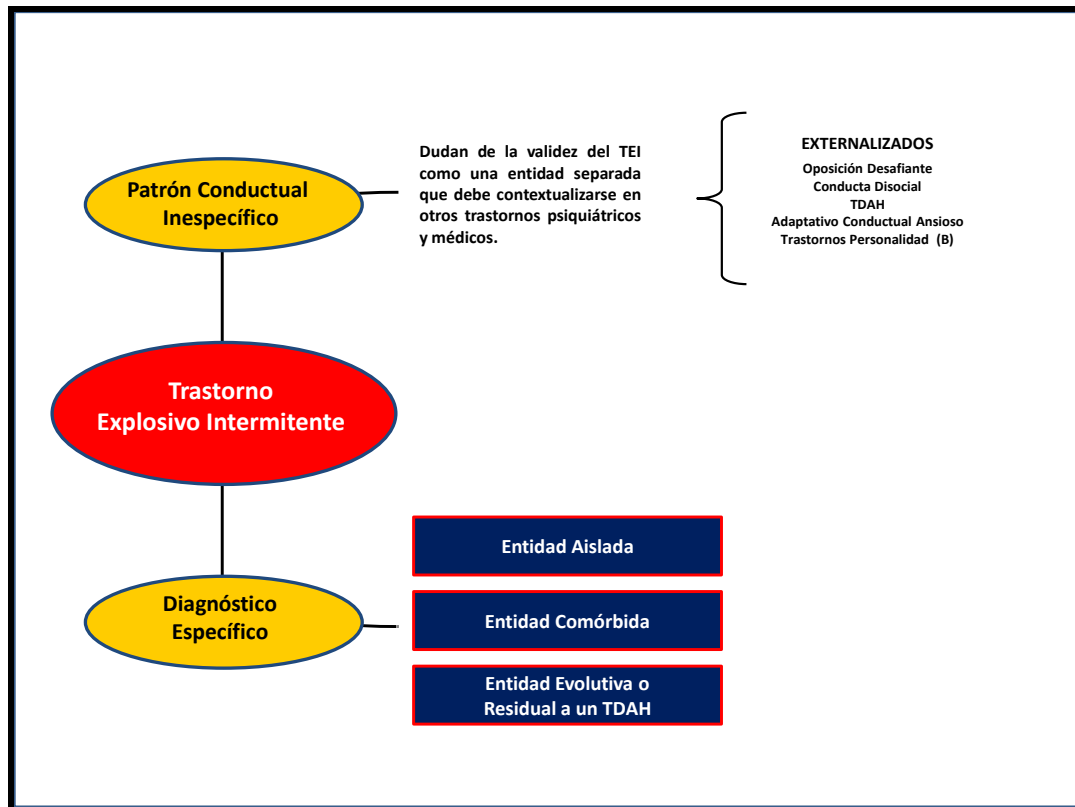
C. Las conductas agresivas en su mayoría no son premeditadas (impulsivas), y no son cometidas para obtener un objetivo tangible (p.ej., dinero, poder, intimidación).

D. Las conductas agresivas causan un marcado distrés en el individuo o un impedimento en el funcionamiento tanto ocupacional como interpersonal.

E. Las conductas agresivas no se explican mejor por la presencia de otro desorden mental (ej., trastorno depresivo, maniaco, psicótico, TDAH); por una condición médica general (ej., TEC, enfermedad de Alzheimer); o por el efecto directo de una sustancia o droga.

A diferencia de lo sugerido por el DSM – IV, algunos clínicos dudan de la validez del TEI como una entidad separada y lo consideran un patrón conductual inespecífico que debe contextualizarse en otros trastornos psiquiátricos y médicos. Otros sugieren que efectivamente el TEI es una entidad nosológica independiente, comórbida, o residual de un déficit atencional hiperactivo impulsivo. Ver **FIGURA III**.

FIGURA III



Para Olvera y cols. (2001), muchos pacientes identificados como "agresivos impulsivos" no satisfacen la actual definición del DSM-IV de TEI pues se excluye la presencia de otros trastornos como el trastorno por déficit atencional hiperactivo impulsivo (TDAH). Sin embargo, los pacientes con TEI reportarían mayor conducta oposicionista y TDAH comparado con los individuos controles.

El desorden hipercinético y el síndrome de hiperactividad infantil fueron denominaciones comúnmente utilizadas, que dejaron en el consciente colectivo que la hiperactividad era el aspecto central, por lo que, su merma o desaparición "desactivaba" el diagnóstico, pasando a ser sinónimo indiscutible de "mejoría". Por eso, muchos pacientes con un TDAH al no ser disruptivos dejaban de recibir medicina, sin considerar los aspectos atencionales e impulsivos y con ello la consecuencias de no tratarlos. Si recordamos que persiste entre el 40 a 60% de la impulsividad sintomática en la adultez, y ésta evoluciona según la etapa del desarrollo; creemos posible afirmar, corroborado por nuestra experiencia personal en la atención a niños

y adolescentes, que muchos trastornos o conductas explosivas intermitentes podrían desprenderse desde la impulsividad de un TDAH.

Leo Kanner, respecto a la “lesión cerebral mínima” (actualmente TDAH), en su tratado de psiquiatría infantil, además de señalar los aspectos relacionados con la hipercinesia, la impulsividad y la distracción, hace referencia a la labilidad emocional: *“Se afirma que muchos niños alternan días buenos y días malos, mañanas buenas y tardes malas (o viceversa). Se requiere poco para exceder el bajo umbral de la tolerancia a la frustración, con los consiguientes episodios de furia, muchas veces seguidos por un auténtico remordimiento que, empero, es efímero. En otras oportunidades el mismo niño, aparenta un temperamento dulce y angelical”*. Esta descripción, claramente podría corresponder a la clínica de un paciente con TEI.

En la **TABLA IV** se observan algunos de los síntomas nucleares del TDAH no asociados al DSM – IV, destacando la labilidad del humor, la hiperreactividad emocional y el temperamento explosivo.

TABLA IV: SÍNTOMAS NUCLEARES DEL TDAH, NO ASOCIADOS AL DSM-IV

SÍNTOMA	DESCRIPCIÓN
Labilidad del humor / Sentimiento de fracaso	No todos lo presentan; Nunca reúne criterios para Trastorno del Humor. Muchas veces el cambio brusco de humor está relacionado con eventos externos. El humor puede pasar del entusiasmo a la desmoralización, durante minutos, razón por la cual los hace sujetos altamente imprevisibles.
Trastorno habilidades sociales	Más frecuentemente en el tipo combinado. Tienden a relacionarse con grupos marginales donde logran ser aceptados. En reuniones tienen dificultades por no lograr seguir el curso de la conversación o por interrumpir con comentarios inadecuados.
Temperamento explosivo	Episodios de pérdida de control de corta duración ante un estímulo externo, el sujeto puede temer por su propia conducta, seguido mayoritariamente de auténtico remordimiento al hacerse consciente de lo realizado.
Hiperreactividad emocional	No pueden soportar el estrés cotidiano y reaccionan excesiva o inapropiadamente con desánimo, confusión, ansiedad o rabia.

TRATAMIENTO

Se estima que entre un 33 a 60% de los pacientes con TEI han recibido tratamiento para sus “problemas emocionales” en algún momento de la vida, pero sólo un 11.7 a 28.8% han recibido tratamiento expresamente para el TEI, lo que es sugerente de un subdiagnóstico. Consistente con que una actividad disminuida del sistema serotoninérgico sería uno de los factores involucrados en el descontrol de los impulsos, se han utilizado exitosamente antidepresivos ISRS y tricíclicos en el TEI y estabilizadores del ánimo como el litio, carbamazepina y valproato.

McElroy y cols. (1999), definen como respuesta favorable la reducción del 50% o más de los síntomas agresivos impulsivos y/o actos explosivos. De

un total de 20 pacientes estudiados, 12 (60%) respondieron favorablemente al uso de ISRS o estabilizadores del ánimo en monoterapia. Con una respuesta moderada para los ISRS (50%) y una respuesta “marcada” para los estabilizadores del ánimo (75%). La respuesta a los antiepilépticos fundamentalmente a divalproato podría ser explicado por el efecto estabilizador del ánimo. Cabe destacar como limitación que los 2 pacientes tratados con fluoxetina, 1 de los 2 tratado con litio y 6 de los 8 tratados con divalproato tenían además un trastorno bipolar; por lo que existiría un sesgo en el manejo farmacológico.

Respecto al sesgo anterior, muchos estudios que hacen referencia al uso de estabilizadores del ánimo en pacientes irritables o agresivos no discriminan el diagnóstico de cada uno de los pacientes, incluyendo en diversas series trastornos bipolares, personalidad *borderline* o antisocial, retardo mental y daño orgánico cerebral, sin especificar la eficacia en el TEI propiamente tal. Es importante que los pacientes reconozcan que pierden el control y que necesitan ayuda para aprender a controlar sus impulsos. La terapia cognitivo-conductual se centra en los patrones de pensamiento consciente y las conductas manifiestas, pudiendo ayudar a lograr el control de sus impulsos y a transformar esa intensa ira en emociones más controlables y adecuadas. El paciente puede aprender a reconocer la aparición de la necesidad o el impulso a explotar, identificar los factores desencadenantes o las circunstancias asociadas con la aparición, y desarrollar formas de prevenir las conductas explosivas. Lo anterior debe ir precedido o acompañado de un tratamiento farmacológico el cual facilitaría el trabajo psicoterapéutico. Por otra parte, se aconseja a estas personas no utilizar alcohol ni drogas, pues pueden hacer que pierdan el control con más facilidad al desinhibir la conducta.

Los antipsicóticos tanto clásicos como atípicos no parecen ser fármacos de primera ni segunda línea por los efectos secundarios; y los ansiolíticos pueden ayudar o empeorar la condición. Por ejemplo, el diazepam puede actuar como el alcohol y bajar la inhibición y el autocontrol, que conducen a estallidos más explosivos.

Los beta bloqueadores o la clonidina lo también podría ayudar a controlar la rabia explosiva. Otros tratamientos no comprobados también han incluido

la disminución de los niveles de testosterona, la terapia electroconvulsiva e incluso la neurocirugía.

Según la experiencia de los autores, el tratamiento de primera línea serían los ISRS. Entre ellos, los más utilizados han sido el escitalopram (10 a 20 mg.), la sertralina (50 a 200 mg.) y la fluoxetina (20 a 80 mg.). Incluso, cuando uno de estos ISRS no consigue el resultado buscado, se debe intentar con otro, alcanzándose una buena respuesta en la mayoría de los casos.

CONCLUSIONES

La revisión realizada lleva a considerar que el TEI es una condición bastante más común que lo previamente reconocido. Su temprana edad de inicio, la comorbilidad que aparece más tardíamente y la baja proporción de casos en tratamiento orientan a postular una mayor difusión de este diagnóstico, centrando los esfuerzos clínicos en una detección temprana y un tratamiento oportuno.

DIFERENCIA DIAGNÓSTICA CON EL TRASTORNO BIPOLAR DEL NIÑO Y ADOLESCENTE

A diferencia del trastorno bipolar (TB) maniaco – depresivo clásico del adulto, en niños y adolescentes lo característico es lo que se denomina “bipolaridad no especificada” (TB NOS), en la cual no cumple los criterios DSM IV para TB I ó II.

Estos pacientes tendrían una marcada inestabilidad anímica, irritabilidad y agresividad (más que euforia o exaltación), asociado a un alto grado de disfunción académica y social, evolucionando en un 25% a bipolaridad I ó II en un plazo de 2 a 4 años. Weckerly (2002) sugiere para este tipo de desorden la presencia de

- (1) una irritabilidad severa, persistente y violenta,
- (2) un patrón de ciclos ultradiano (es decir, mínimo 365 episodios durante un año de seguimiento),
- (3) una alta comorbilidad con otras patologías psiquiátricas,
- (4) antecedentes familiares de bipolaridad,
- (5) pobre respuesta a tratamiento, y una
- (6) elevada recurrencia.

Este tipo de bipolaridad es el de mayor prevalencia en pacientes jóvenes representando según Lewinshon y col (1995) el 87% de los casos.

El síntoma más importante sin duda es la irritabilidad, de hecho, entre el 84 a 97% presentaría una manía irritable más que eufórica la cual acostumbra a ser muy intensa, persistente y a menudo violenta.

El trastorno explosivo intermitente (TEI) y el trastorno bipolar (TB) comparten en algunos casos la irritabilidad como síntoma central. En muchas oportunidades solo una mirada fenomenológica permite diferenciar entre ambos trastornos.

Si bien creemos que el TB es sub-diagnosticado, la irritabilidad ha cobrado un sorprendente “prestigio” como orientador diagnóstico hacia la bipolaridad, como si el “síntoma irritabilidad” bastase para hacer un diagnóstico.

Debido a lo anterior hemos querido presentar dos casos de TEI, los que por la irritabilidad fueron erróneamente diagnosticados como TB.

CASO CLINICO I

Paciente de sexo masculino de 16 años de edad, que consulta con el diagnóstico de un trastorno bipolar tipo II, con ciclos ultra-rápidos e hipomanías disfóricas. Refiere estar en tratamiento desde aproximadamente un año. Durante seis meses recibió ácido valproico 1000 mg. /día y risperidona 2 mg. /día, sin alcanzar respuesta terapéutica. Posteriormente y sin éxito, recibe carbonato de litio 800 mg. /día, lamotrigina 200 mg. /día, oxcarbazepina 600 mg. y olanzapina 5 mg., evolucionando con marcada sedación e incremento ponderal de 10 kilos.

El diagnóstico de TB fue postulado por presentar episodios de irritabilidad que se manifestaban como agresividad verbal y destrucción de objetos, sin violencia o agresión a terceros.

Pese a buscarlos, en la entrevista no se encuentran síntomas depresivos actuales o pretéritos ni elementos de exaltación anímica, alteraciones del sueño o del curso del pensar.

EEG y TAC cerebral sin hallazgos patológicos.

Fenomenológicamente, su irritabilidad resulta siempre reactiva a estímulos, *“por cosas pequeñas, que magnifica... pero siempre motivado por algo”*.

Cuando se frustra o por cosas irrelevantes explota insultando o golpeando cosas y luego, cuando toma conciencia se arrepiente y pide disculpas con un “*perdona, nunca más*”.

En la entrevista, el paciente se aprecia preocupado por sus conductas, las que vive egodistónicamente, con adecuado *insight*; describiéndolas como una sensación “*de rabia interna*” desagradable que va in-crescendo, “*nublándose por completo*”, hasta que explota. Minutos después, toma dolorosa conciencia de lo realizado con arrepentimiento y sentimiento de culpa.

Se aprecia hiperactividad distal como un movimiento constante de manos y pies, y se consigna dificultad atencional importante.

Se plantean los diagnósticos de un déficit atencional hiperactivo impulsivo residual y un trastorno explosivo intermitente. Se suspende progresivamente la medicación estabilizadora y antipsicótica. Se reemplaza por metilfenidato (20 mg. – 20 mg.) y escitalopram 20 mg. Con lo anterior, mejora su rendimiento académico y ceden completamente las explosiones.

Todo comenzó cuando mis impulsos no eran controlables y mi madre tomó la decisión de consultar a un especialista en este asunto, este doctor diagnóstico que mi enfermedad era depresión bipolar y esto era la causante de las actitudes agresivas que presentaba.

Desde ese momento en que el doctor dijo que yo era bipolar sentí que ya no tenía cura y no podría ser nunca una persona normal y entonces lo que me preocupaba era el oscuro futuro que tendría ya que debería tomar remedios de por vida y jamás podría cumplir mis sueños o sea sería una persona diferente a los demás.

Bueno la verdad es que fueron demasiados los doctores que confirmaron mi diagnóstico o sea que era bipolar.

Llegé a tomar muchos medicamentos que lo único que lograron era subir de peso, pero mi impulsividad era la misma y en ocasiones era peor.

Ya no quería compartir ni siquiera salir ya que estos remedios solo me tenían dormido y deprimido. A veces era tanta mi rabia por el diagnóstico de bipolar que tomaba la decisión de no tomarme los remedios y solo confiar en Dios.

Fueron momentos difíciles para mi familia tenía que mi madre con mi padre rompieran su relación por causa de mis arrebatos y malas actitudes agresivas que tenía.

Mis rabias siempre eran causada por mi mal genio no por estados anímicos que decía el doctor.

Después de varios años de tratamiento y de poca mejora mi madre tomó la decisión de consultarle a otro especialista al médico Juan Carlos Martínez quien me diagnosticó que era trastorno explosivo intermitente o sea eso era mi enfermedad ya al décimo día de tratamiento había inmediatamente el cambio ya podía respirar tranquilo y hacer mi vida normal que era lo que quería.

En el año 2006 mi hijo empezó mucha
agresividad y cambio en el estado de ánimo
lo llevamos a la ciudad de La Serena a un
Psiquiatra el los no seis meses lo que le
diagnostico Depresión con trastorno Bipolar.
El Doctor le receto Boleto, Navotril, Carbón,
Ziprexa, Topical. Mi hijo estuvo tomando
seis meses esos medicamentos lo cual no se veía
ninguna recuperación. Cambiamos de Doctor lo
llevamos a Santiago le explicamos al Doctor los
remedios que estaba tomando y que no había
ninguna recuperación el Doctor también le
diagnostico Depresión mayor con trastorno bipolar
lo cual el le agrego otros medicamentos que fueron
Disepam y Tradol. En Santiago el Doctor lo empezó
a controlar todas las semanas en una vez
al mes a la
Cartillas de remedios al igual asistía al colegio
el era muy buen alumno pero con toda esa
cantidad de remedio no se podía concentrar
en clases lo único que le daba era mucho
desánimo y sueño. Nosotros como padres estábamos
muy preocupados por la salud de nuestro hijo
ya que no había recuperación las crisis eran
más fuerte llegó a estar hospitalizado por una
descompensación por un remedio. Buscamos la tercera
opinión esta fue en Viña lo que el Doctor también
le diagnostico Trastorno Bipolar ya eran tres
doctores diferentes que opinaban lo mismo y le iban
sumando más medicamentos este Doctor le agrego
Oxicadol. Estubimos un año con el tratamiento.

Con todos esos medicamentos lo cual no se vio ninguna recuperación favorable para mi hijo.

El antes que se enfermara era muy buen alumno pero con la cantidad de remedio bajaron sus notas y no se lograba concentrar y estuvo con mucho problema para estudiar se quedaba dormido en clase. Nosotros como padres estábamos desesperados porque eran tres opiniones diferentes las que las tres confirmaban un mismo diagnóstico luego a tomar 8 pastillas diarias las cuales no se vio recuperación. Nos fuimos a una cuarta opinión la que por fin le dieron un diagnóstico acertado esto fue en Bogotá con el doctor Juan Carlos Martínez el nos dijo que el crico que pedía ser un trastorno explosivo intermitente. El doctor Martínez se arriesgó con mi hijo el empezó a disminuir los medicamentos de a poco asta quitarle todos con el riesgo que si se equivocaba con el diagnóstico se agravaría mas la salud de mi hijo el le indicó un tratamiento con Lexapro y Aradix mi hijo en un par de semanas se empezó a ver la recuperación. El lista mas de un año con el tratamiento y muy bien volvió a ser el joven que era antes.

Yo todo esto lo escribo para que a ningún joven le pase lo mismo que vivimos nosotros y siempre como padres tenemos que buscar más opiniones y nunca darce por vencidos y luchar por la salud de nuestros hijos.

CASO CLINICO 2

Paciente de sexo masculino, 24 años de edad, estudiante de turismo aventura de segundo año. Evaluado y tratado por cuatro psiquiatras, con una hospitalización en una clínica especializada dado sus conductas agresivas. Actualmente recibe 100 Mg. diarios de lamotrigina. Anteriormente, recibió olanzapina 10 Mg. por día, con un importante incremento de peso y sedación diurna como efectos secundarios, con un control parcial de su irritabilidad.

En la entrevista inicial señala: *“De repente me baja depresión de un día de duración y me corto los brazos por rabia. Me irrito con mis padres. Puedo estar muy bien y me irrito de la nada”*.

Cuando se le pregunta con más detalles y luego se solicitarse registrar “el cómo, cuando, por qué, y cuanto” de su conducta, se concluye que en el total de las veces las reacciones que en un principio el paciente cataloga como carente de gatillantes se producen en directa relación con problemáticas externas tales como discusiones con su pareja o con sus padres, sin una adecuada capacidad de tolerancia, de afrontar las dificultades de la vida cotidiana y construir positivamente desde lo adverso, en otras palabras una baja tolerancia a la frustración; y que lo que catalogaba como depresivo era más bien una reacción desadaptativa.

“En realidad mi irritabilidad desde chico ha sido así, arruino los ambientes por mi forma de ser, dejo la cagada... antes me era fácil poder aguantarme pero ahora no resisto la rabia que me generan los problemas – hasta los más simples – y exploto sin medir las consecuencias ni pensar antes... cuando ya he hecho lo que pude evitar me arrepiento...”, insistiendo en su relato que “siempre” sus reacciones han sido por dificultades con el entorno. Se plantea un trastorno anormal de la personalidad clúster B y trastornos adaptativos recurrentes de tipo mixto emocional - conductual.

Cuando se le explica la diferencia entre un trastorno bipolar mixto (disfórico) con ciclos ultrarrápidos o ultradianos, le impresiona más acertada la clínica de lo adaptativo y la personalidad impulsiva, señalando rabia contra sí mismo por no poder expresar su arrepentimiento, y pedir perdón, *“me da rabia ser así, causar daño a quienes me quieren, soy orgulloso, me arrepiento, me digo que imbécil puedo ser, no sé cómo controlarme”*. *“Por*

ejemplo, ayer llegué a mi casa bien, tenía hambre, no estaba la comida lista y me descontrolé, insulté a mi madre y luego tomé conciencia de lo estúpido que puedo llegar a ser... en otras ocasiones, me molesto por tonteras con mi polola, le grito, me quiero ir pero se me pasa inmediatamente, ya más tranquilo me doy cuenta de mi reacción y no quiero irme, pero me termino yendo por orgullo y para que no me encuentren loco por mis cambios impulsivos”.

Farmacológicamente, mientras se aproxima el diagnóstico, se mantiene con 100 mg. /día de lamotrigina y se agrega escitalopram 10 mg. /día, explicándoles a sus familiares los riesgos de un potencial viraje en el caso de que sea realmente estemos frente a un enfermo bipolar. Al respecto, nunca hubo alteraciones en el patrón de los ciclos biológicos ni trastornos en el curso del pensar, exacerbaciones anímicas eufóricas, irritabilidad injustificada o al modo de un “estar”, más bien un “ponerse o reaccionar”. Se reconfirma con registros diarios de ánimo que sus conductas se desprendían siempre de situaciones de estrés ambientales que por nimias que fuesen resultaban difíciles de controlar.

Todo lo anterior, es verbalizado con lenguaje notificativo, con sentimientos de culpa, egodistonia y noción que requiere ayuda médica por todos los conflictos psicosociales que se desprenden de sus conductas impulsivas y explosivas. *“No puedo ser así, terminaré sólo en la vida y metido siempre en conflictos”.*

Con el escitalopram se logra controlar, subjetivamente cuantifica una reducción del 60% de sus explosiones de ira, y cuando se enoja logra contenerse sin llevar su irritabilidad al acto. Luego de incrementar el escitalopram a 15 mg. /día, disminuyen notablemente las explosiones.

En la segunda parte de la entrevista se focaliza a los antecedentes psicopatológicos más remotos y se diagnostica un déficit atencional hiperactivo impulsivo nunca tratado, con síntomas presentes aunque residuales. Se agrega metilfenidato 20 mg. a las 7:30 y 10 mg. a las 13:30 horas, con ello mejora su nivel atencional y su capacidad de persistir en sus estudios con un mejor aprovechamiento del tiempo en general.

Tras consumir marihuana, vuelven explosiones de ira hacia sus figuras cercanas; a la fecha no había presentado explosiones en cuatro meses, *“lo*

que nunca, pues antes lo hacía casi a diario... pensé que me había mejorado, pero la droga me jugó una mala pasada". Se incrementa la dosis de escitalopram a 30 mg. /día; se mantiene el metilfenidato y la lamotrigina en las mismas dosis antes señaladas.

Un mes después se comienza a reducir la lamotrigina, se mantienen los 30 mg. de escitalopram y el metilfenidato. *"Me siento feliz, tranquilo, dócil, tengo más paciencia, no estoy idiota, estoy tolerante... hasta manejo con más cautela... antes desde mi impulsividad sentía que tenía que llegar lo antes posible a un lugar, me gustaba la velocidad; ahora nada me apura".* *"Me he organizado en los estudios, el metilfenidato me motiva ya que logro rendir con lo que estudio, el concentrarme me hace tener buenos resultados... lo que antes no"*.

En el *Mood Disorder Questionnaire* (MDQ) responde positivamente a preguntas como: ... estaba tan irritable que gritaba a la gente o se ha peleado o discutido?; ... se distraía fácilmente por las cosas de alrededor o ha tenido problemas para concentrarse o seguir el hilo?; ... hizo cosas que eran inusuales para usted o que otras personas pudieran pensar que eran excesivas, estúpida o arriesgadas? Todo lo anterior, podría perfectamente explicarse desde su TDAH y de sus conductas explosivo - impulsivas.

En el Cuestionario autoinformado de cribado del adulto (ASRS-V1.1), aplicable a mayores de 18 años, está orientado a la pesquisa del TDAH del adulto. En esta prueba responde positivamente 5 de las 6 preguntas; con cuatro se debería sospechar un déficit atencional hiperactivo impulsivo del adulto.

Los datos biográficos aportados por sus padres señalan lo siguiente:

"En cuanto a la educación, desde el parvulario se manifestó como un niño muy inquieto, distraído, muy juguetón, amistoso y alegre. En la calle se mostraba muy curioso y todo le llamaba la atención, hasta llegar a perderse en más de una oportunidad".

"A raíz de su permanente conducta inquieta comenzó a ser sancionado en el colegio, estigmatizado y constituyéndose en un caso para el colegio, lo que determinó el primer retiro a fines del primer año básico, curso que debió repetir con cambio de colegio. Éste fue el comienzo de lo que durante toda su vida escolar se constituyó en una constante, habiendo llegado a

estar en 11 establecimientos educacionales, sin considerar que el tercero y cuarto medio lo sacó en un centro de Educación de Adultos”.

“Durante su primera infancia siempre se manifestó juguetón, sin interés por los estudios ni cualquier tipo de obligaciones, si bien alegre, muy amistoso, muy creativo según sus propias motivaciones. Sus padres refieren haber sentido tener el control de su formación. Desde muy temprano mostró interés por la música y los deportes, y aunque no perseveraba en otras cosas, fue apoyado siempre en la medida que eso lo hacía feliz”.

“En los primeros años de Educación Básica, no obstante su inquietud permanente, mantuvo un nivel de notas superior a 5 (1 a 7). En ese período se le diagnosticó dislexia severa, iniciándose un largo período de años con tratamiento neurológico y psicopedagógico más o menos hasta los 14 años. Término con dificultad la educación básica en que fue tomando conciencia de ser una suerte de paria en el medio escolar lo que derivó en crecientes incidentes de rebeldía con más de algún episodio violento - en una oportunidad un profesor lo golpeó dejándolo herido en el suelo-. En este período se comienza a apreciar afectado emocionalmente, volviéndose contra los padres, desobedeciendo en todo, amenazando con irse de la casa en medio de crisis emocionales fuertes. La crítica hacia sus padres era permanente, culpándolos de todas sus desventuras. Es el tiempo en que comienzan también sus relaciones sentimentales y su tendencia a frustrarse se expresaba intensamente en este plano”.

“Luego de terminar la educación media, tras algunos intentos de ingresar al mundo laboral, intentó ingresar a la educación superior abandonando los estudios siempre muy tempranamente, conducta que se mantiene hasta ahora, lo que parece ser parte de un cuadro de falta de perseverancia en todo lo que inicia”.

“Las crisis más graves comenzaron a los 18 años. Por su impulsividad tuvo un grave accidente automovilístico y un fracaso amoroso (por la agresividad explosiva) que al igual que en otras ocasiones lo sumergió en la amargura, en la frustración y en un comportamiento irritable hacia la familia”.

“Busca un tratamiento psiquiátrico, largo e insostenible desde punto de vista económico. No poderlo llevar a cabo fue otro tema de frustración,

agravando las cosas hasta llegar a un estado de trastorno severo de conducta que culmina con una hospitalización en una clínica santiaguina, donde se le diagnosticó Trastorno Bipolar y Depresión Severa. Anteriormente se le había diagnosticado como Trastorno Borderline de la personalidad”.

Actualmente tiene 24 años, y todos los diagnósticos postulados hasta hace pocos meses han sufrido importantes cambios, tal como su evolución clínica, mostrándose más tolerante y adecuado, reinsertándose parcialmente en una biografía que precisará de un importante trabajo psicoterapéutico, observándose todavía poco responsable respecto de sus actividades académicas.

Como habría un alto grado de comorbilidad psiquiátrica con TEI, el mayor desafío que afronta a un clínico es determinar si la agresividad se explica mejor por la presencia de otros trastornos psiquiátricos. De ahí la importancia del diagnóstico diferencial con la manía disfórica del paciente bipolar, lo que motiva la revisión de casos en esta publicación.

Pensamos que el TEI puede presentarse como un cuadro aislado o bien en comorbilidad con un trastorno de personalidad o un déficit atencional hiperactivo impulsivo residual como los casos que hemos reportado. Sin embargo, lo esencial del TEI sería la incapacidad de controlar las conductas junto a la vivencia egodistónica.

La irritabilidad en el TEI surge en reacción a un estímulo externo, con un pródromo de corta duración en que los pacientes describen una rabia y un sentimiento de tensión que va in-crescendo y que termina en la “descarga conductual”, luego de lo cual toman conciencia de sus actos con vivencia de genuina culpa y arrepentimiento posterior.

En el trastorno bipolar, la irritabilidad más que una “reacción emocional a un estímulo” o un “ponerse irritable” es “un estado, un estar, un andar” irritable, exige una temporalidad más larga, un término en lisis y no en crisis. Ver **FIGURA IV**.

El padre de un paciente bipolar mixto (disfórico) nos señalaba: “...en términos generales mi hijo había estado con un comportamiento bastante normal hasta hoy, cuando ocurrió un hecho que nos reactivó la alarma. Despertó irritable, y por algo que siquiera recordamos rompió la polera

que tenía puesta, empujó un par de veces a su hermana y nos llamó por teléfono, indicando que tenía pena y que se quería suicidar ya que todo el mundo estaba enojado con él (interpretación subjetiva y autorreferente de la realidad con un tinte deliroide). Su nana nos contó que andaba con un cuchillo que se pasaba por el cuello. Luego se calmó pero lo encuentro alterado, descompensado, triste y molesto con todo”.

En el TEI luego de la “descarga” la rabia se extingue; en el bipolar la irritabilidad puede exacerbarse por estímulos externos, sin embargo, tras la descarga el paciente mantiene una irritabilidad basal. Un paciente bipolar nos señalaba: *“doctor, sáqueme esta rabia que tengo miedo de matar a alguien, me molesta todo, no tolero nada; si alguien bota un papel en la calle podría golpearlo... antes eso no me hubiese generado nada... pero como ando irritable ahora cualquier cosa es suficiente para descargar mi ira”.*

Según lo postulado por Risco y cols la irritabilidad de la depresión tiene el acento vivencial en la necesidad de estar solo y alejarse del molesto y agobiador contacto con los demás; en cambio en la manía, la irritabilidad tiene el sello de la urgencia y la demanda, de la necesidad de que los demás se atengan a las reglas propuestas por el propio paciente.

Concordamos que el depresivo unipolar se irrita cuando se le “invade” su espacio de soledad, y cuando se le critica su condición anímica: *“vamos, entusiásmate,..... vamos al asado... etc.”*; también convenimos que la irritabilidad de la exaltación bipolar *“tiene el sello de la urgencia”* en el sentido que el paciente no tolera su propio estado con una sensación permanente de tensión y desespero (en el TEI y los trastornos de la personalidad la tensión no sería estable sino limitada a las circunstancias). En el TEI y el bipolar, la molestia está puesta en sí mismo, en el trastorno de la personalidad en el resto.

En cuando a *“la demanda, de la necesidad de que los demás se atengan a las reglas propuestas por el propio paciente”*, hay que especificar que esto surge desde el estado anímico, ya que al estar hiperreactivo, todo le molesta y perturba, de ahí que explote frente a cualquier confrontación u oposición. Esto dinamizaría la explosión, sin embargo, basalmente ya se encuentra con un sentimiento molesto y doloroso de irritabilidad. Aquí

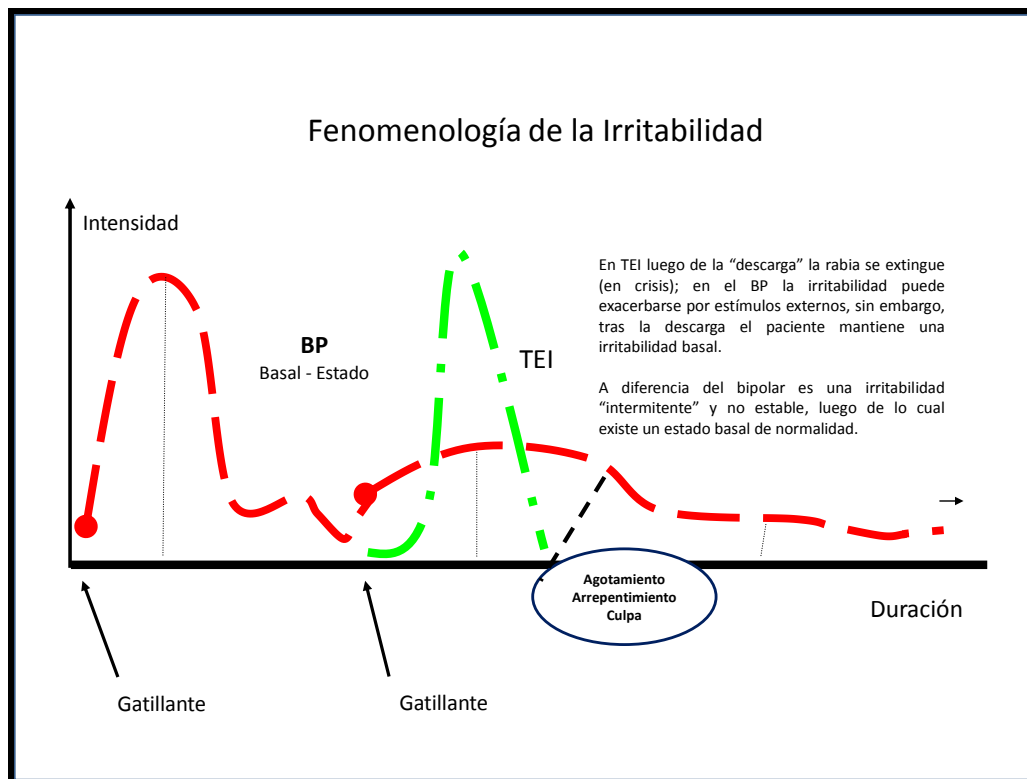
resulta importante señalar que “*lo demandante y la necesidad de que el resto se atenga a sus reglas*”, no debe confundirse con lo evidenciado en el trastorno de la personalidad clúster B. La respuesta irritable de estos, tendrá relación con una reacción desadaptativa conductual.

Profundizando esto último, en el trastorno de conducta o en la personalidad disocial la irritabilidad habitualmente es egosintónica toda vez que el paciente empatiza con su conducta, justificando sus actos como comprensibles asociado a heterocupabilidad. La egodistonia en este grupo de pacientes surge de las consecuencias negativas que pudiesen desprenderse de sus acciones (problemas legales, dificultades con la autoridad, etc.). Estos últimos igual reaccionarán cuando el resto no se adapte a ellos, pero a diferencia del los bipolares con exaltación anímica o mixtos, el paciente con un trastorno de la personalidad no tendrá las alteraciones anímicas ni el compromiso de los ritmos biológicos de los pacientes bipolares.

Por su parte, y en especial en el paciente *borderline*, la dificultad adaptativa, la búsqueda permanente de que el resto se amolde a sus caprichosos requerimientos es una forma constante de estar, comportarte y relacionarse en el mundo, generando círculos viciosos desadaptativos sin asumir la responsabilidad de su actuar, responsabilizando o culpando a quienes le rodean.

En el bipolar estas exigencias ceden cuando tiende a la eutimia, salvo si hay comorbilidad con un trastorno de la personalidad, en cuyo caso su comportamiento irritable disminuye para volver al estado basal “estable” previo a las fases bipolares, no constituyendo un “estado” sino una respuesta frente a estímulos.

FIGURA IV: FENOMENOLOGÍA DE LA IRRITABILIDAD EN EL TB Y EL TEI



El TEI suele resultar una entidad amarga, al identificar el paciente lo ocurrido como "determinado" por un proceso patológico sobre el cual pierde el control volitivo enfatizando su queja tanto en la consecuencia de sus actos "para sí mismos" como "para quienes le rodean y se ven afectados". Pero a diferencia del bipolar es una irritabilidad "intermitente" y no estable, luego de lo cual existe un estado basal de normalidad.

Cuando el paciente bipolar conserva un buen *insight* como en la disforia sin euforia, reconoce su estado como anormal y solicita ayuda buscando el alivio de un sentimiento profundamente desagradable. La egodistonia la podemos considerar como una "molestia por la vivencia del síntoma" (por lo que siente) o como una "molestia con o frente al síntoma (por tenerlo).

En el primer caso, estamos frente a una queja de forma y en el segundo una queja de fondo. Es así como, en el paciente bipolar, podemos ver conjuntamente quejas de "forma y fondo"; o quejas sólo de forma. Sin embargo, cuando desaparece la fase anímica (p.ej., estado mixto disfórico)

es frecuente escuchar una queja de fondo: “*doctor, realmente estaba enfermo, cómo podía estar tan irritable*”, lo cual probablemente expresa el extremo estado de irritabilidad que lo sumía sólo en ella, no permitiéndole antes una reflexión más profunda de sus conductas y vivencias.

Una analogía con el paciente esquizofrénico sería: “*doctor, la voz me dice que me mate...*”, sin quejarse por el hecho de escuchar la voz; aquí lo egodistónico es de forma y no de fondo. Un paciente con patología anímica con juicio conservado se quejaría no sólo por “el contenido de la voz” sino también por “escuchar voces”, entonces la egodistonia sería de forma y fondo.

En cuanto al patrón horario, hemos observado empíricamente que en el TEI la irritabilidad se expresa más durante la tarde y la noche, cuando el cansancio o la tensión se han acumulado, siendo entonces más susceptibles a explotar por estímulos nimios. Esto no lo hemos observado en pacientes con un eje II o con un trastorno bipolar.

La relación con el otro queda trastocada en ambos polos de los trastornos bipolares. Los depresivos tienden a establecer relaciones interpersonales con un cumplimiento encarecido de las normas y sobreidentificación con aquello que se espera de ellas. En los pacientes con estructuras depresivas concurriría una necesidad de cumplir, una búsqueda de un orden con un excesivo acatamiento del deber. En la conducta hipernómica propia de los depresivos endógenos, existe un desplazamiento entre la identidad del yo que se desplaza hacia la identidad de los roles sociales, asumiéndose en forma exagerada, lo que hace que estos sujetos desencadenen cuadros depresivos cuando son exigidos por situaciones ambientales, ya sea mediante una sobrecarga o mayores requerimientos a los que puede asumir. En la manía, por el contrario, se muestra un cambio en las normas y expectativas hacia el polo opuesto. El maníaco crea o genera normas, critica a los otros, posee la convicción de lo que es correcto y verdadero. Se apodera de las relaciones interpersonales en la medida que se siente poderoso y omnipotente frente a los otros. El maníaco realiza en forma unilateral su identidad yoica a través de la imposición de exigencias propias y arbitrarias. Se puede apartar de las reglas sociales, pues no acepta los límites formulados por los otros. De este modo, el maníaco se impone, sin

esperar respuesta del otro mientras dura el episodio, para volver a distinguir nuevamente, al alcanzar el estado basal de eutimia, al otro como una otredad propia y ajena. Entonces es frecuente observar junto a las ideas de omnipotencia, el demérito de su espacio antropológico y la irritabilidad respecto de él en la medida que lo obstaculiza.

Se puede señalar como diagnóstico diferencial de estos estados de irritabilidad con lo que tradicionalmente se ha denominado "disforia". Este término también ha sido empleado para describir modificaciones del ánimo y de la conducta asociados a la epilepsia. En este caso, el paciente experimenta un cambio brusco de su vivenciar hacia un estado de irritabilidad que puede durar horas o días.

Estas modificaciones del ánimo que se acompañan de intensa irritabilidad, poseen algunas características peculiares que también reflejan el vínculo que el epiléptico mantiene con los otros. Se ha descrito en el epiléptico una relación con los otros caracterizada por un "estar con".

Este "estar con" implica un estrecho contacto y cercanía que se muestra donde el epiléptico ha dirigido su atención, donde vuelca sus impulsos, su voluntad, su accionar. En los episodios de disforia la energía desbordante de sus impulsos se caracterizan por una particular cercanía con el otro, el que sufrirá el ímpetu de la irritabilidad, que aunque pasajera, mostrará la importancia del vínculo con aquellos que lo rodean en su vida cotidiana.

Una vez cedido el episodio, sus ideas que estuvieron exacerbadas se mantendrán con vehemencia, sus afectos se mostrarán con intensidad. Las labores cotidianas y hogareñas son retomadas con intensidad, fuerza y decisión a menudo con mayores bríos para llevar a cabo sus propósitos. Estos estados disfóricos también ocurren al estar presente el daño orgánico cerebral, aunque aquí surge apatía, aislamiento y desinterés por abordar sus roles, a diferencia de lo que se observa en aquellos con mayor indemnidad de las funciones mentales superiores.

CONCLUSIONES

A partir de los casos clínicos expuestos podemos confirmar la imperiosa necesidad de una mirada fenomenológica y no simplemente sintomática para hacer diagnósticos positivos y diferenciales entre el TB de inicio precoz y el TEI, donde lo central sería la irritabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ros Montalbán S, Peris Díaz MD, Gracia Marco R. Impulsividad. Madrid, Psiquiatría Editores, S.L., 2004.
2. Diccionario de la Real Academia Española. Madrid, 1992.
3. Jenike MA, Baer L, Minichiello WE. Trastornos Obsesivos Compulsivos. Madrid, Harcourt 2001.
4. Asociación Americana de Psiquiatría: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM – IV. Barcelona, Masson S.A, 1995.
5. Organización Mundial de la Salud: Trastornos mentales y del comportamiento: descripción clínica y pautas para el diagnóstico. Madrid, Meditor, 1992.
6. Woods DW. Introduction to the special issue on repetitive behavior problems. Behavior Modification 2002; 26: 315 – 319.
7. Carmelo Monedero. Psicopatología general. Madrid, Biblioteca nueva, 1978.
8. K.W.Bash. Psicopatología general. Madrid, Morata, 1965.
9. Juan José López Ibor. Las neurosis como enfermedades del ánimo. Madrid, Gredos S.A., 1996.
10. Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Baer L, Jenike MA. Skin picking in German students: Prevalence, phenomenology, and associated characteristics. Behavior Modification 2002; 26: 320 – 339.

11. Woods DW, Miltenberger RG, Flach AD. Habits, tics, and stuttering: prevalence and relation to anxiety and somatic awareness. *Behavior modification* 1996; 20: 216 – 225.
12. Woods DW, Miltenberger RG. Tics disorders, trichitillomania, and others repetitive behavior disorders. Massachusetts, Kluwer academic publishers, 2001.
13. O’Sullivan RL, Phillips KA, Keuthen NJ, Wilhelm S. Near fatal skin picking from delusional body dysmorphic disorder responsive to fluvoxamine. *Psychosomatics* 1999; 40: 79 – 81.
14. Teng EJ, Woods D, Twohig M, Marcks B. Body – focused repetitive behavior problems, prevalence in nonreferred population and differences in perceived somatic activity. *Behavior modification* 2002; 26: 340 -360.
15. Keuthen N, Deckersbach T, Wilhelm S, Hale E, Fraim C, Baer L, O’Sullivan R, Jenike M. Repetitive Skin – Picking in a Student Population and Comparison with a Sample of Self – Injurious Skin – Pickers. *Psychosomatics* 2000; 41: 210 - 215.
16. Bloch M., Elliot M., Thompson H., Koran L. Fluoxetine in Pathologic Skin Picking. *Psychosomatics* 2001; 42: 314 – 319.
17. Lochner Ch, Daphne S, Niehaus D, Stein D. Trichotillomania and Skin – Picking: A Phenomenological Comparison. *Depression and Anxiety* 2002; 15: 83 – 86.
18. Keuthen N, Deckersbach T, Wilhelm S, Engelhard I, Forker A, O’Sullivan R, Jenike M. The Skin Picking Impact Scale (SPIS). *Psychosomatics* 2001; 42: 397 – 403.
19. Herane y Urbina. *Dermatología II*. Santiago de Chile, Publicaciones Técnicas Mediterráneo, 2001.
20. Stricker JM, Miltenberger RG, Anderson ChE, Tulloch HE, Deaver CM. A functional analysis of finger sucking in children. *Behavior modification* 2002; 26: 424 – 443.
21. Wells JH, Haines J, Williams ChL, Brain KL. The self mutilative nature of severe onychophagia: a comparison with self cutting. *Can J Psychiatry* 1999; 44: 40 – 47.

22. Wells JH, Haines J, Williams ChL. Severe morbid onychophagia: the classification as self – mutilation and proposed model of maintenance. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1998; 32: 534 – 545.
23. Vittotio CC, Phillips KA. Treatment of habit – tic deformity with fluoxetine. *Arch. Dermatol* 1997; 133: 1203 – 1204.
24. Stein DJ, Christenson GA, Hollander E. *Trichotillomania*. Washington, American Psychiatric press, 1999.
25. Jefferson JW, Thompson TD. Rhinotillexomania: psychiatric disorder or habit? *J.Clin.Psychiatry* 1995; 56: 56 - 59.
26. Andrade C, Srihari BS. A preliminary survey of rhinotillexomania in an adolescent sample. *J.Clin. Psychiatry* 2001; 62: 426 – 431.
27. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Mussi TC, Marques C, Versiani M. The man with the purple nostrils: a case of rhinotrichotillomania secondary to body dysmorphic disorder. *Acta Psychiatr.Scand* 2002; 106: 464 – 466.
28. Caruso RD, Sherry RG, Rosebaum AE *et al*. Self – induced ethmoidectomy from rhinotillexmania. *Am.J.Neuroradiol.* 1997; 18: 1949 – 1950.
29. Freyschmidt-Paul P, Hoffman Happle R. Trichoteiromania. *EUR J Dermatol* 2001; 11: 369-71.
30. Imcke and Orfanos EC. hair and hair cosmetics. In: Orfanos EC Happle R. *hair and hair diseases*. Springer-Verlag. Berlin. 1990 p. 887-925.
31. Rudolf Happle. Trichotemnomania: Obsessive-compulsive habit of cutting or shaving the hair. *J Am Acad Dermatol* 2005; 52:157-159.
32. Jafferany M, Feng J, Hornung RL. Trichodaganomania: The compulsive habit of biting one’s own hair. *J Am Acad Dermatol* 2009;60:689-91
33. Thomas CL. *Medical encyclopedic dictionary* Taber, Alberta. Brazil: Publisher Manole Inc.; 2000. p. 1754-5.
34. Sanderson KV, Hall-Smith P. Tonsure Trichotillomania. *Br J Derm* 1970; 82: 343-50.
35. Le page JF. On neuropathic quotation mark. *Br Med J* 1884; 1: 160.

36. Pereira JM. Acute compression of hair. *An Bras Dermatol*. 2002; 77: 355-64.
37. Kalivas J, Kalivas L, Gilman D, et al. Sertraline in the treatment of neurotic excoriations and related disorders. *Arch. Dermatol* 1996; 132: 589 – 590.
38. Arnold L, Auchenbach M, McElroy S. Psychogenic excoriation, clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS Drugs* 2001; 15: 351 – 359.
39. Stout F. Fluoxetine for the treatment of compulsive facial picking. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 370 (letter).
40. Martínez JC, González C, Correa E. Conductas repetitivas centradas en el cuerpo. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 2004; 40-44.
41. Hajcak G, Franklin ME, Simons RF, Keuthen NJ. Hairpulling and Skin Picking in Relation to Affective Distress and Obsessive-Compulsive Symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 2006; 28: 177-185.
42. Calikusu C, Yücel B, Polat A, Baykal C. The relation of psychogenic excoriation with psychiatric disorders: A comparative study. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 256 – 261.
43. McElroy SL, Hudson JL, Pope HG, Keck PE, Aizley HG. The DSM III R impulsive control not elsewhere classified; clinical characteristics and relationship to other psychiatric disorders. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 318 – 327.
44. Martínez JC, González C. Rascado cutáneo impulsivo: descripción de 6 casos clínicos. *Rev GPU* 2007; 3: 213-222.
45. Simeon D, Stein DJ, Gross S, et al. (1997) A double-blind trial of fluoxetine in pathologic skin picking. *J Clin Psychiatry* 58:341–347.
46. Arnold LM, McElroy SL, Mutasim DF, et al. (1998) Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *J Clin Psychiatry* 59:509–514.
47. Wilhelm S, Keuthen NJ, Deckersbach T, et al. (1999) Selfinjurious skin picking: clinical characteristics and comorbidity. *J Clin Psychiatry* 60:454–459.

48. Blanch J, Grimalt F, Massana G, Navarro V. Efficacy of olanzapine in the treatment of psychogenic Excoriation. *British Journal of Dermatology*, 151, 707–730.
49. Odom RB, James WD, Berger TG. *Andrew's Dermatología clínica*. Madrid, MARBÁN S.L., 2004.
50. Kalivas J, Kalivas L, Gilman D, et al. Sertraline in the treatment of neurotic excoriations and related disorders. *Arch. Dermatol* 1996; 132: 589 – 590.
51. Pabis DJ, Stanislav SW. Pharmacotherapy of aggressive behavior. *Ann Pharmacother* 1996; 30: 279-87.
52. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
53. Maletzky BM. The episodic dyscontrol syndrome. *Dis Nerv Syst* 1973; 34: 178–85.
54. Monopolis S, Lion JR. Problems in the diagnosis of intermittent explosive disorder. *Am J Psychiatry* 1983; 140:1200–02.
55. Felthous AR, Bryant G, Wingerter CB, et al. The diagnosis of intermittent explosive disorder in violent men. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1991; 19:71–9.
56. Coccaro EF, Kavoussi RJ, Berman ME, Lish JD. Intermittent explosive disorder-revised: development, reliability and validity of research criteria. *Compr Psychiatry* 1998; 39:368–76.
57. Coccaro EF. Intermittent explosive disorder. In: Coccaro EF, ed. *Aggression, Psychiatric Treatment and Assessment*. New York, NY: Marcel Dekker; 2003.
58. Coccaro EF, Schmidt CA, Samuels JF, Nestadt G. Lifetime and 1-Month Prevalence Rates of Intermittent Explosive Disorder in a Community Sample. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 820–4.
59. McElroy SL, Soutullo CA, Beckman DA, Taylor P Jr, Keck PE Jr. DSM-IV intermittent explosive disorder: a report of 27 cases. *J Clin Psychiatry* 1998; 59:203–10.

60. Stein DJ, Hollander E, Liebowitz MR. Neurobiology of impulsivity and impulse control disorders. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1993; 5:9–17.
61. Soubrie P. Reconciling the role of central serotonin neurons in human and animal behavior. *Behav Brain Sci* 1986; 9:319–64.
62. Brown GL, Linnoila MI. CSF serotonin metabolite (5-HIAA) studies in depression, impulsivity, and violence. *J Clin Psychiatry* 1990; 51(4, suppl): 31–41.
63. Virkkunen M, Rawlings R, Tokola R, Poland RE, Guidotti A, Nemeroff C et al. CSF biochemistries, glucose metabolism, and diurnal activity rhythms in alcoholic, violent offenders, fire setters, and healthy volunteers. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:20–7.
64. Virkkunen M, De Jong J, Bartko J, Linnoila M. Psychobiological concomitants of history of suicide attempts among violent offenders and impulsive fire setters. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:604–6.
65. Linnoila M, Virkkunen M, Scheinin M, Nuutila A, Rimon R, Goodwin FK. Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behavior. *Life Sci* 1983; 33:2609–14.
66. Kessler RC, Coccaro EF, Fava M, Jaeger S, Jin R, Walters E. The prevalence and correlates of DSM-IV Intermittent Explosive Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63(6): 669–678.
67. Coccaro EF. Intermittent explosive disorder: taming temper tantrums in the volatile impulsive adult. *Curr Psychiatry-Online* 2003:2.
68. Kraemer HC, Kazdin AE, Offord DR, Kessler RC, Jensen PS, Kupfer DJ. Coming to terms with the terms of risk. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:337–43.
69. Gordon N. Episodic dyscontrol syndrome. *DevMed Child Neurol* 1999; 41: 786-8.
70. Lion JR. The intermittent explosive disorder. *Psychiatr Ann* 1992; 22:64–6.
71. Olvera RL, Pliszka SR, Konyecsni WM, Hernandez Y, Farnum S, Tripp RF. Validation of the interview module for intermittent

- explosive disorder (MIED) in children and adolescents: a pilot study. *Psychiatry Res* 2001; 101: 259-67.
72. Coccaro y cols. *Journal of Psychiatric Research* (2010) en prensa.
73. Leo Kanner. *Psiquiatría Infantil*. Ed. Siglo Veinte. Quinta edición, 1985.
74. Feder R. Treatment of intermittent explosive disorder with sertraline in three patients. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 195-6.
75. Coccaro EF, Kavoussi RJ. Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality disordered subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 1081-8.
76. McElroy SL. Recognition and Treatment of DSM-IV Intermittent Explosive Disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60[suppl 15]:12-6.
77. Olvera RL. Intermittent Explosive Disorder: Epidemiology, Diagnosis and Management. *CNS Drugs* 2002; 16 (8): 517-26.
78. Weckerly J. Pediatric bipolar mood disorder [review]. *J Dev Behav Pediatr* 2002; 23:42-56.
79. Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE, *et al.* Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 430-437.
80. Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR. Bipolar disorder in a community sample of older adolescent: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 454-463.
81. Risco L, Herane A. Estados mixtos en trastornos bipolares. Correa E, Silva H, Risco L (Eds.). Santiago de Chile, Mediterráneo, 2006.
82. Kraus A. *Sozialverhalten und Psychose Manisch-Depressive*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1977.
83. Ivanovic-Zuvic F. Roles y psicopatología. *Rev Neuropsiquiatría* 1999; 37: 212-220.

Sección IV

**TRASTORNOS
EMERGENTES EN SALUD
MENTAL INFANTO
JUVENIL**



*La infancia y la adolescencia tienen sus
propias maneras de ver, pensar y sentir;
nada hay más insensato que pretender
sustituirlas por las nuestras*

SUICIDIO EN LA POBLACIÓN INFANTO JUVENIL
GENERALIDADES, INTERVENCIÓN Y PREVENCIÓN

DR. CHRISTIAN MUÑOZ FARÍAS

DRA. ANNETTE L. PAGÁN CASTRO

DRA. LUZ N. COLÓN-DE MARTÍ

DR. JUAN VARAS AMPUERO

DRA. EMMA SAAD DE JANON

MUERTE!

¡Qué esfuerzo!

¡Qué esfuerzo del caballo por ser perro!

¡Qué esfuerzo del perro por ser golondrina!

¡Qué esfuerzo de la golondrina por ser abeja!

¡Qué esfuerzo de la abeja por ser caballo!

Y el caballo

¡Qué flecha aguda exprime de la rosa!

¡Qué rosa gris levanta de su belfo!

Y la rosa

¡Qué rebaño de luces y alaridos ata en el vivo azúcar de su tronco

Y la azúcar

¡Qué puñalito sueña en su vigilia!

Y los puñales diminutos

¡Qué luna sin establos!, ¡Qué desnudos!

Piel eterna y rubor andan buscando

Y yo por los aleros

¡Qué serafín de llamas busco y soy!

Pero el arco de yeso

¡Qué grande, qué invisible, qué diminuto!

Sin esfuerzo

F. García Lorca (obra poética, Madrid, España)

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que un millón de personas por día mueren a causa del suicidio; cada 30 segundos hay una muerte por suicidio a nivel mundial. Por cada persona que muere, hay 20 intentos. Estima la OMS que los índices de suicidio a nivel mundial podrían crecer en un 50 % para el 2020. Es una de las primeras tres causas de muerte entre las personas de 15 a 44 años. En muchos países desarrollados es la segunda o tercera causa de muerte en adolescentes y adultos jóvenes (1).

La Asociación Internacional de Prevención del Suicidio (IASP), las Naciones Unidas y la OMS han tomado el liderazgo para apoyar las intervenciones en la comunidad internacional. Así mismo, la Asociación Mundial de Psiquiatría ha establecido una sección de Suicidología.

En septiembre del año 2003 la OMS y la IASP se unieron para celebrar el 10 de septiembre como el día internacional de prevención del suicidio. La frase utilizada en el 2008 fue: "pensar globalmente, planear nacionalmente y actuar localmente". Esto es un llamado a la atención pública para promover el entendimiento de la conducta suicida y enfatizar en la prevención efectiva.

Pensar globalmente se refiere a tomar consciencia a nivel mundial que el suicidio es una forma de muerte prematura que puede prevenirse. El planear nacionalmente requiere unas iniciativas político públicas que provean estrategias para la prevención del suicidio. El actuar localmente conlleva la implementación de programas de prevención a tono con las investigaciones realizadas a nivel de la comunidad (2).

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Las tasas de suicidio varían en los diferentes países y no son comparables por la manera en que se informan. Las tasas más altas reportadas a la OMS corresponden a países de Europa Oriental, Lituania, Estonia, Belanes y a la Federación Rusa. Estos países tienen rangos de suicidio entre el 45-75/100,000 (3).

La mayoría de los suicidios en el mundo se reportan en Asia donde se estima que ocurre el 60% del total de suicidios. Tres países tienen el 40%

de suicidios en el mundo: China, India y Japón. Sin embargo es difícil obtener datos precisos de muerte por suicidio mientras permanezcan estigmatizados, criminalizados o penalizados (4).

El suicidio está entre las primeras causas de muerte de adolescentes en el mundo; aunque las tasas reportadas varían desde 6.5 en países del Medio Este y Latinoamérica hasta más altas de 30 en la Federación Rusia, Eslovenia, Nueva Zelanda, Lituania, Finlandia y Latvia (5). Entre los países de América Latina las tasas reportadas por 100,000 para la población de 15-24 años incluyen: Uruguay (2004) 14.6; El Salvador (2006) 12.9; Nicaragua (2005) 14.8 y Argentina (2005) con una tasa de 12.1. Puerto Rico para el 2005 reporta una tasa de 5.4/100,000 para ese mismo grupo (4). En los Estados Unidos es la tercera causa de muerte de adolescentes entre las edades de 15-19 y la quinta en el grupo de 10-14 años. (6).

DEFINICIÓN

El comportamiento suicida incluye pensamientos suicidas, intentos suicidas y el suicidio consumado. Este último se considera la manifestación más extrema de la violencia auto infligida y constituye un problema importante para la salud pública. Implica un costo emocional, social y económico para la sociedad.

Las ideas suicidas son pensamientos de hacerse daño o matarse. La severidad puede evaluarse por medio de la frecuencia, intensidad y duración de estos pensamientos.

Los intentos suicidas son actos auto infligidos no fatales con la intención explícita o inferida de morir.

Suicidio es el acto fatal auto infligido con la intención explícita o inferida de morir.

Es muy importante que las definiciones sean consistentes para evaluar la incidencia y examinar las tendencias. Son además útiles para medir el riesgo y los factores de protección de manera uniforme.

Al estudiar el fenómeno del suicidio hay que considerar los factores biológicos, psicológicos, culturales, espirituales además de los genéticos y socio-ambientales.

El suicidio no es un problema del ámbito exclusivo de la salud. Integra la salud pública, los ámbitos clínicos, científicos, de justicia y de la educación (7).

EL SUICIDIO DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIOLÓGICO

Es un acto libre de la voluntad mediante el cual una persona se ocasiona su propia muerte. El suicidio es una de las tantas variantes como se presenta la terminación de la vida y sus causas han sido consideradas como múltiples, desde psíquicas, hasta biológicas y genéticas pasando por argumentos sociales, políticos y económicos. La tanatología es un término destinado a designar el tratamiento de los problemas que surgen alrededor de la muerte, las variaciones históricas de las causas que la producen, las consecuencias para diferentes grupos humanos y sus modalidades, ritos y ceremonias, objeto de interpretación para las ciencias sociales.

El primer estudio sociológico sobre el suicidio fue realizado por Emile Durkheim. Este sociólogo francés creyó siempre que los fenómenos sociales tenían una naturaleza mental. En su tesis sobre la “División del trabajo” (1893), trató de demostrar que estos hechos mentales, propios de la vida colectiva son producto de la estructura social:”Una vez que un primer fondo de representación se ha constituido, se transforma en realidades parcialmente autónomas que viven con vida propia y que en consecuencia tienen por causas propias otras representaciones colectivas y no tal o cual carácter del la estructura social. Deduce de allí que la vida social se define por una “Hiperespiritualidad que la “Psicología colectiva” es toda la sociología.

Para Durkheim en la conciencia del suicida existe toda una esfera de representaciones, de sentimientos y tendencias que no se explican por la Psicología de éste sino por el hecho de que los individuos viven agrupados en sociedad.

Concluye Durkheim que el comportamiento suicida es el resultado de las influencias de diversos factores sociales como la religión, la economía, las guerra, y la situación familiar, y propone dos variables que hay que tener en cuenta: El grado de integración social de la persona y el grado de reglamentación social de los deseos individuales.

A principios del siglo XIX la escuela de Psiquiatría Francesa considera el suicidio como el síntoma palpable de una enfermedad mental, o sea que se inicia una independencia diagnóstica del suicidio como un hecho colectivo y empiezan los estudios familiares y de comportamiento individual, que son los que realizan nuestros psiquiatras y psicoanalistas contemporáneos, con nuevas variables como la de género, edad, sexo, cultura, actividad laboral, y otros indicadores como el del suicidio en adolescentes, que interesa de una manera especial a nuestro continente por el crecimiento estadístico de estos hechos en los últimos veinte años.

HISTORIA

El acto de despojarse de la vida voluntariamente ha estado presente en toda la historia la humanidad, unas veces como cobardía, otras veces como proeza, unas veces como acto libertario y otras como locura, unas veces como fascinación por la muerte y otras como desencanto por la vida.

Dice el sociólogo Libardo Guarín, en su obra “Suicidio y alienación” que el suicidio no es un fenómeno contemporáneo, que es un acto atentatorio contra la existencia más común de lo que parece desde el punto de vista histórico. (León Guarín Libardo, Bucaramanga, 1985). Para evidenciar su afirmación comenta: Los hindúes, a pesar del horror que sentían por la sangre autorizan varias modalidades para quitarse la vida, algunas extendidas hasta bien avanzado el siglo XX; el ayuno estricto hasta dejarse morir, la huelgas de hambre abrazarse con estiércol de vacunos, sepultarse en las nieves de las montañas del Tíbet y, el “Sutee”, donde las mujeres terminaban arrojándose a la pira funeraria en donde se cremaban los restos de su esposo son algunos ejemplos.

En Grecia: Temístocles prefirió autoeliminarse antes que luchar contra su patria; Demóstenes se envenenó por honor antes de someterse al invasor Filipo de Macedonia, y Safo se arrojó al mar para ahogarse antes que soportar el desprecio de su amante.

Otras crónicas de la historia universal nos demuestran que el suicidio en el oriente fue considerado como un acto admirable, digno de elogio, como ocurrió con los seguidores de Confucio luego de ser quemados sus libros sagrados por el emperador Chi- Koang-Ti, en el siglo II A. des C.

El escritor de Queronea documentó la primera epidemia suicida de la historia. Esta acaeció entre los jóvenes de Mileto y fue atajada cuando las autoridades decidieron someter los cadáveres a la vergüenza pública.

Los filósofos de la antigüedad, Cínicos, Estoicos y Epicúreos, como Anaxagóras, Codro, Cleomenes, Demóstenes, Safo, Empédocles, Casio, Cracio, Marco Antonio, Escipión, resaltaron la felicidad de la muerte voluntaria como vía de escape de las miserias de la vida y como un acto que se inscribe en la problemática de la libertad humana.

Los griegos como los romanos, tenían lugares públicos para la consumación del suicidio, que eran Ceus y Locade.

Los Celtas glorificaban a quienes se quitaban la vida y los Íberos veían con buenos ojos el acto suicida. Numancia y Sagunto fueron el ejemplo de un suicidio colectivo tomado como acto filosófico y político.

Con la llegada del cristianismo y las sentencias de Santo Tomás y San Agustín, el suicidio se volvió pecado y se le negó el perdón al suicida, lo mismo que se prohibió que sus restos fueran depositados en cementerios católicos.

La severidad de la legislación canónica y las creencias religiosas, hicieron que los suicidios se tornaran infrecuentes en toda la Edad Media y durante el Renacimiento, aunque en esta época la conducta suicida, pese a que era punible, se justificaba en determinadas circunstancias de dolor y sufrimiento.

La conducta suicida cambió en el siglo XVIII y ello se cree que tuvieron influencia las guerras.

La obra Werther de Goethe recuperó la conducta suicida con una visión romántica, de quienes se autoeliminaban para no padecer sufrimientos amorosos.

La obra Durkheim “El Suicidio”, es la primera investigación que intenta explicar el acto de quitarse la vida de manera voluntaria “como una muerte que resulta, media o inmediatamente, desde un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía de producir ese resultado”.

Sigmund Freud, en su obra “Duelo y Melancolía”, ahonda en la relación existente entre el suicidio, la melancolía y la agresión impropyectada. Para

Freud el suicidio es homicidio de 180 grados, porque en el impulso suicida está presente la agresividad del individuo hacia otras personas, mediante un proceso que se origina en el inconsciente, el suicida se identifica con el sujeto hostil y se lo introyecta. Los impulsos suicidas se materializan cuando el paciente dirige contra sí mismos toda la agresión y hostilidad que siente hacia la otra persona al no poder exteriorizarla.

SUICIDIO EN ADOLESCENTES

El suicidio está entre la segunda y la tercera causa de muerte entre adolescentes en países desarrollados (8). Para el año 2020, la OMS estima que el número mundial de suicidios consumados, alcanzará el millón y medio. El suicidio y los intentos de suicidio entre los adolescentes han aumentado vertiginosamente, lo que lo ha convertido en un asunto de salud pública en todo el mundo (8-12). El suicidio es más prevalente entre los hombres, mientras que conductas suicidas no fatales son más prevalentes entre las mujeres, personas jóvenes, solteros y personas que tienen un trastorno psiquiátrico (9). Se han desarrollado numerosos estudios en donde se ha buscado identificar los factores de riesgo y factores de protección para los intentos de suicidio. Entre los factores de riesgo para intentos de suicidio se encuentran el antecedente de un intento previo, la violencia en todas sus expresiones, el abuso emocional, el abuso sexual, el abuso de sustancias, los problemas académicos, historia de tratamientos previos por salud mental, síntomas somáticos, intento de suicidio por parte de amigos, la discriminación religiosa, étnica o sexual, el género, entre otros. Los factores protectores están relacionados con estabilidad familiar, buena relación con sus padres, confianza para la resolución de problemas, la práctica de deporte y bienestar emocional (10). En los últimos años se han realizado estudios dirigidos a mirar la influencia del acoso escolar (Bullying), uno de los más recientes, realizado en Finlandia, el "Estudio Epidemiológico y Multicéntrico de Psiquiatría Infantil en Finlandia", muestra que las niñas que han sido víctimas de acoso escolar tienen, más posibilidades que los niños de quitarse la vida antes de cumplir los 25 años. También señala que los suicidios se disminuirían considerablemente si se tuviera un seguimiento sobre este tipo de conductas en los colegios (11). En Latinoamérica, la

Revista Chilena de Neuropsiquiatría publica un trabajo realizado por los Drs. Salvo y Melipillán, el cual concluye que los adolescentes con menor autoestima, mayor impulsividad, con problemas de cohesión familiar y menor apoyo social presentan mayor suicidalidad (ideas e intentos suicidas) (12).

La etiología de este fenómeno evidentemente es multifactorial, donde intervienen factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que han sido investigados como factores relacionados con el riesgo de intentos de suicidio en los adolescentes. Por todo lo anterior, las conductas parasuicidas merecen un abordaje aparte, el cual desarrollamos dentro de este capítulo en forma pormenorizada.

CONDUCTAS PARASUICIDAS

Las conductas parasuicidas involucran al individuo que desarrolla conductas que imitan el acto del suicidio, pero no termina perdiendo la vida como consecuencia lógica de este comportamiento. Estas conductas se presentan más comúnmente entre las mujeres adolescentes. Muchos casos están relacionados con problemas de salud mental tales como la depresión, los trastornos de personalidad, el abuso de sustancias, entre otros. Las conductas para suicidas son una indicación de problemas de salud mental más adelante en la vida adulta, incluyendo un riesgo aumentado de conductas suicidas subsecuentes. Entre los factores de riesgo que han sido identificados en recientes investigaciones, se encuentran trastornos de le estado de ánimo, pobre resolución de problemas y características familiares o dinámicas disfuncionales terminan convirtiéndose en factores que influyen para que se presenten estas conductas. Al igual que las tasas de suicidio, las tasas de conductas parasuicidas reportan prevalencias entre el 2-10%, esta variabilidad es secundaria a que la prevalencia del fenómeno suicida varía dependiendo de la terminología usada y la metodología empleada en los estudios.

Durante la adolescencia es habitual que se presenten pensamientos suicidas, lo cual tiene un carácter de transitoriedad sin ningún riesgo futuro, sin embargo en estudios realizados recientemente, se ha utilizado como indicador de seguimiento para problemas de salud mental en la vida adulta.

La suicidalidad temprana se convierte en factor de riesgo para trastornos psiquiátricos como abusos de sustancias, trastornos del estado de ánimo y fobias.

Otros factores que pueden ser considerados como conductas parasuicidas son:

- Problemas en las relaciones interpersonales
- Ser objeto de abuso por parte de los padres
- Tener un padre que haya muerto a una edad temprana
- Tener problemas de índole legal
- Estar físicamente enfermo
- Estar desescolarizado
- Ser objeto de acoso escolar

FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES

Es importante subrayar que las características de conductas parasuicidas no fatales son similares a las características de suicidios logrados. (13) Se han identificado un amplio rango de factores de riesgo, existiendo un limitado conocimiento acerca de la secuencia, nivel de importancia y de la relación entre factores relevantes de conductas suicidas. (14)

Se han realizado estudios de autopsia psicológica los cuales demuestran una alta prevalencia de trastornos mentales en víctimas suicidas adolescentes y estudios recientes han confirmado la importancia de trastornos mentales en conductas parasuicidas no fatales en adolescentes. (15) La valoración de la severidad del compromiso permite ayudar a identificar jóvenes deprimidos que estén en mayor riesgo. Se ha visto que la ansiedad y el abuso de sustancias no están independientemente asociados con suicidalidad. (16) El inicio temprano de síntomas depresivos parece predecir suicidalidad mas adelante en la vida adulta.

Mucho se ha hablado de las características familiares o dinámica familiar en la génesis para las conductas suicidas en los adolescentes. Se ha visto que hijos de madres con historia de intentos de suicidios tienen un riesgo aumentado para desarrollar pensamientos suicidas e intentos y una tendencia hacia los intentos suicidas en la adolescencia temprana, independiente de si

existe depresión materna o otros trastornos mentales. (17) La conducta suicida parece ser familiarmente transmitida independiente de la presencia de un trastorno psiquiátrico. La conducta suicida antes de los 25 años es altamente familiar y tener miembros de una familia con suicidalidad está asociado con edad más temprana de conductas suicidas. (13) La agresión impulsiva es un factor clave que predispone al suicidio. La agresividad impulsiva es altamente heredable. El rechazo parental esta mas altamente asociado con conductas suicidas en adolescentes que tener problemas de relaciones interpersonales con los padres. (18)

Los adolescentes que han reportado conductas para suicidas usan estrategias de afrontamiento menos efectivas y tiene déficit en las estrategias que implementan en la resolución de problemas. No se ha concluido si estas deficiencias en la resolución de problemas conducen a depresión y conducta suicida cuando los adolescentes están enfrentando con eventos adversos o si la depresión es el principal factor que compromete las destrezas y habilidades para resolver problemas.

Dentro de las influencias ambientales para el desarrollo de conductas parasuicidas, se encuentran historia en la niñez de abuso físico o sexual, castigo físico corporal durante la adolescencia lo que genera el desarrollo de síntomas depresivos durante esta etapa, haber sido objeto de abuso sexual muy joven lo cual genera más intentos de suicidio reportados, se convierten en factores adicionales de riesgo para tener en cuenta. (19)

Varios aspectos de la personalidad como el estilo de enfrentamiento a la adversidad y otros factores psicológicos han sido vinculados con un aumento del riesgo de la conducta suicida. La irritabilidad y la impulsividad han sido fuertemente asociadas con suicidio en adolescentes hombres. Aproximadamente el 90% de las muertes por suicidio están asociadas con trastornos por enfermedad mental. Existe un vinculo estrecho y directo entre conductas suicidas y depresión. La ansiedad, particularmente cuando se presenta comorbilidad con depresión, ha sido identificada como un aumento de riesgo para ideación suicida, sin embargo esto no parece tener una asociación directa.

Los trastornos por abuso de sustancias están asociados con un aumento del riesgo para los intentos de suicidio. El body-piercing, la falta de vivienda,

problemas legales, fallas académicas, pobre imagen corporal y dificultades en la salud mental también están asociados con conductas suicidas e ideación suicida.

Un estudio reciente explora la relación entre niveles de serotonina en plasma y medidas psicométricas en adolescentes suicidas y controles. Los resultados muestran una correlación negativa entre nivel de serotonina en plasma y severidad de la conducta suicida en el grupo de adolescentes suicidas. (20)

La actual crisis económica mundial pone nuevamente en evidencia el impacto de la economía sobre el aumento de las conductas suicidas y suicidios, lo cual no es inmune a los adolescentes que están inmersos dentro de una coyuntura de sociedad, con cada vez más problemas de diferente naturaleza que terminan por contribuir a un aumento de las tasas de suicidio. En períodos de recesión, el índice de suicidios tiende a aumentar. Esto se vio en 1929 y en los años que siguieron, es factible que los años por venir traigan consigo un fenómeno parecido que ponga en riesgo a miles de adolescentes que crecen en un mundo globalizado y que arremete con una fuerza inusitada contra los más jóvenes.

Es importante conocer los factores de riesgo para la identificación y prevención temprana.

Dado la variedad de ellos, los esfuerzos de prevención buscan minimizarlos y maximizar los factores protectores. El conocerlos puede ayudar en el diseño de estrategias efectivas para la identificación de aquellos jóvenes que están a mayor riesgo de suicidio y así buscar alternativas de prevención que puedan disminuir el riesgo.

Resumiendo, señalaremos que la Academia Americana de Psiquiatría de Niños señala que los factores que predisponen al suicidio incluyen: (21, 22).

1. Los trastornos psiquiátricos pre-existentes ya que se ha encontrado que la gran mayoría de los adolescentes (más del 90%) sufría de un trastorno psiquiátrico a la hora de su muerte. Entre estos están la depresión mayor, el trastorno bipolar, el uso de sustancias, la psicosis y el trastorno de estrés post-traumático.

2. Intentos suicidas previos son el mejor pronosticador de un suicidio; del 30-60% de los suicidios consumados son precedidos por un intento previo.
3. Los sentimientos de desesperación, desesperanza y el aislamiento social.
4. El comportamiento agresivo.
5. El comportamiento impulsivo, la dificultad de expresar sentimientos de ira. Muchos adolescentes que han realizado un intento suicida serio nunca lo repetirán, mientras otros que han hecho un intento leve morirán por suicidio. Por lo tanto, todo intento debe tomarse siempre en serio.
6. Los varones están en un riesgo mayor que las féminas. Entre los varones el riesgo es mayor en los que tienen un intento previo y tienen 16 años o más. Está asociado a un trastorno afectivo y/o abuso de sustancias. En las féminas el riesgo aumenta en jóvenes con un intento previo y un diagnóstico de trastorno afectivo.

Otros factores de riesgo incluyen:

- historial familiar de suicidio o intentos suicidas,
- padres con problemas /trastornos mentales,
- relaciones familiares problemáticas,
- las pérdidas especialmente de seres queridos o personas significativas,
- el historial de abuso físico o sexual,
- el acoso/intimidación en el ambiente escolar ("bullying"),
- la orientación sexual,
- el acceso a métodos letales,
- pobre acceso a servicios de tratamiento,
- problemas socioeconómicos,
- problemas disciplinarios o legales,
- epidemias locales de suicidio y
- el no aceptar tratamiento psiquiátrico por el estigma asociado (6, 21, 23, 24).

Investigaciones recientes hablan de cómo la orientación sexual parece ser un factor que contribuye al suicidio e jóvenes, discuten como homosexuales y transexuales experimentan entre un 17 y un 42% más intentos suicidas que sus pares heterosexuales. Es importante señalar que la orientación sexual no es la causa del aumento de los intentos suicidas, pero si factores externos presentes en sus vidas, son estresores significativos.

En términos generales, existen menos investigaciones acerca de factores de protección que sobre factores de riesgo en conducta suicida en adolescentes. Sin embargo, existen algunas recientes investigaciones en estudios australianos que han mostrado que un vínculo afectivo parental bondadoso por parte de las madres protege de una suicidalidad tardía. (25)

Estos factores protectores han sido categorizados como internos y externos. Los factores internos incluyen la habilidad para enfrentar situaciones estresantes, tolerancia a la frustración, creencias religiosas y ausencia de psicosis. Los factores externos incluyen apoyo social, relaciones terapéuticas positivas y responsabilidad con otros.

Los siguientes son factores que protegen contra el riesgo de suicidio en jóvenes:

- Acceso a servicios de salud mental
- Control al acceso de armas letales
- Familias estables
- Buenas relaciones con sus amigos
- Conexiones positivas con el colegio (deporte, actividades culturales, etc.)
- Buenas herramientas para la resolución de problemas y adaptación a la adversidad.
- Religión

SIGNOS DE ALARMA

Recientes investigaciones internacionales han demostrado que enseñando los signos de alarma para depresión a los profesionales de salud que están en primer contacto con los adolescentes se logran estrategias más efectivas para reducir los intentos de suicidio. En concordancia con esto, se ha visto un

aumento en el número de médicos escolares que proveen información para prevención del suicidio a sus estudiantes.

Los eventos precipitantes más comunes son en orden de relevancia, severas discusiones con los padres, rupturas de noviazgos, problemas legales y disciplinarios, pérdidas y situaciones de victimización.

Los siguientes son signos de alarma para tener en cuenta:

- Declaraciones escritas o verbales acerca de la muerte, morir o no querer vivir
- Fascinación con la muerte o con la idea de morir
- Dramáticos cambios en la conducta o en la personalidad
- Aislamiento de amigos o familiares
- Renunciar a preciadas posesiones

USO DE TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

Existe un debate acerca del manejo farmacológico y el uso de antidepresivos en etapas tempranas de la vida y especialmente durante el desarrollo de la adolescencia para el tratamiento de la depresión. Son muchos los estudios que demuestran que el uso de los Inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) está asociado con bajas tasas de suicidio en niños y adolescentes. (26, 27) De igual forma existen estudios que muestran que pueden aumentar el riesgo de suicidio especialmente durante las dos primeras semanas de implementación del antidepresivo lo cual ha llevado a que se establezcan advertencias (Black-box), en este sentido, para hacer un mayor seguimiento en los controles que permita vigilar el comportamiento clínico y respuesta del adolescente al tratamiento.

La fluoxetina es el tratamiento de primera elección, el único antidepresivo aprobado por la FDA y el que tiene mayor cantidad de estudios que ha demostrado eficacia en el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes. (28, 29, 30). La fluoxetina como monoterapia ha demostrado ser superior a la terapia cognitivo-comportamental sola. Los pacientes tratados con terapia combinada de Fluoxetina y terapia cognitivo-comportamental han demostrado tener los mejores resultados. (31, 32, 33)

En los últimos años, se ha establecido una polémica en torno al tratamiento farmacológico de la depresión en niños y adolescentes, es claro que se requiere de una vigilancia estrecha cuando se están tratando adolescentes con trastorno depresivo mayor severo ya que el no tratamiento trae consecuencias significativas y fatales. Existe una tendencia orientada a no implementar ISRS por el riesgo de viraje a manía debido a la realización de diagnósticos inadecuados de depresión unipolar desconociendo el corte longitudinal y la posibilidad de eventos afectivos previos que nos orienten hacia una enfermedad bipolar.

GRUPOS DE RIESGO DE CONDUCTAS SUICIDAS (34)

Los grupos de riesgo que son vulnerables a cometer suicidio son los siguientes:

- **Los deprimidos**
- **Los que han intentado el suicidio**
- **Los que tienen ideas suicidas o amenazan con suicidarse**
- **Los sobrevivientes** (Se consideran sobrevivientes, aquellas personas muy vinculadas afectivamente a una persona que fallece por suicidio, entre los que se incluyen los familiares, amigos, compañeros e incluso el médico, psiquiatra u otro terapeuta que la asistía)
- **Los individuos vulnerables en situación de crisis:** Este grupo está conformado principalmente por enfermos mentales no deprimidos, entre los cuales se encuentran los esquizofrénicos, los alcohólicos y otros drogodependientes, los trastornos de ansiedad y de la personalidad, los que padecen trastornos del impulso, así como los síndromes orgánicos cerebrales, por sólo citar algunos. Se incluyen además aquellos que padecen enfermedades físicas terminales, malignas, dolorosas, incapacitantes o que comprometen sustancialmente la calidad de vida. Son vulnerables también determinados grupos como las minorías étnicas, los inmigrantes que no logran adaptarse al país

receptor, los familiares de emigrantes (especialmente los hijos), los desplazados, torturados, víctimas de la violencia en cualquiera de sus manifestaciones y clasificaciones.

PREVENCIÓN: CÓMO HACER LA DIFERENCIA

No es inusual que las víctimas de suicidio frecuentemente hayan sido vistas por personal de salud antes de sus muertes o intentos de suicidio. Esta realidad plantea algunas preguntas acerca del papel de los médicos generales, médicos escolares, pediatras, quienes entran en primer contacto con los adolescentes, en la prevención de los suicidios.

1. ¿Qué signos o síntomas deben los médicos buscar?
2. ¿Qué información deberían los profesionales de salud y afines considerar durante un examen?
3. ¿Qué preguntas se deberían hacer?
4. ¿Qué pasos se deberían seguir si se cree que un paciente adolescente está en riesgo de suicidio?

Existen en los Estados Unidos programas desarrollados por varias Universidades, que son ampliamente reconocidos y han logrado un impacto significativo sobre los indicadores de intentos de suicidio y suicidio entre los adolescentes. Estos programas tienen hallazgos prometedores en donde se ha encontrado una correlación entre un aumento en la consultoría y una disminución de los intentos de suicidio. Este aumento en la búsqueda de ayuda es especialmente significativo porque los estudiantes con propósitos suicidas casi siempre le cuentan a sus amigos de sus planes, pero también frecuentemente retrasan sus planes en búsqueda de ayuda profesional. El suicidio no es siempre la primera opción en los adolescentes. Ellos buscan el suicidio a través de experiencias tales como accidentes, lesiones, trastornos de conducta alimentaria, autolesiones y exposición al dolor y al sufrimiento. Muchas de estas conductas pueden llamar la atención de los profesionales de salud y estos deben estar alerta no solamente de las estrategias para tratar estas conductas, sino del potencial de que estas vayan en aumento. En las valoraciones debe preguntarse sobre si el adolescente ha tenido pensamientos suicidas o ha pensado en suicidarse, lo cual causa a veces ansiedad en el profesional de salud. Es importante reconocer que esa

pregunta directa acerca de la ideación suicida no pone en la cabeza del adolescente la idea del suicidio. Se han diseñado preguntas que pueden ayudar a determinar qué pasos adicionales deberían ser tomados para el tratamiento y la supervisión de adolescentes en riesgo:

- ¿Ha intentado usted alguna vez suicidarse antes?
- ¿Está usted pensando en la idea del suicidio ahora?
- ¿Usted tiene un plan de cómo usted quiere terminar con su vida?

Estas preguntas permiten establecer el nivel de riesgo, ya que adolescentes que han tenido intentos previos, tiene ideas activas de suicidio y un plan para terminar con sus vidas deben ser consideradas personas en alto riesgo y deben ser supervisadas por profesional de salud entrenado y adicionalmente tener un abordaje sistémico que incluya a sus padres y su red de apoyo.

EL MODELO ECOSISTÉMICO EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Analizando los grupos de riesgo nos damos cuenta de la necesidad de la aplicación del modelo Ecológico o Ecosistémico para elaborar y aplicar los planes y programas para prevenir el suicidio en la población en general y determinados grupos (especialmente la población infantojuvenil) en especial.

Esto implica la elaboración y aplicación de medidas complejas y concretas en el ámbito individual, micro-, meso-, exo- y macrosistémico.

Hablamos aquí de prevención en el ámbito individual y comunitario en el ámbito sanitario, laboral y educativo, de las medidas seccionales y administrativas a tomarse para la viabilidad de estos programas, de la Psicoeducación comunitaria y otras medidas de corte socio-cultural, así como de las políticas de gobierno y las medidas socio-económicas necesarias, no sólo para aplicar los planes de prevención, sino también para mejorar las condiciones generales de la población y disminuir las situaciones y los grupos de riesgo para comportamientos autolesivos.

Finalmente, no podemos olvidar la importancia que tienen los medios de comunicación en la difusión de los planes y programas de prevención y en, a través de un manejo ético y controlado de la información referente a

conductas suicidas de la población, evitar las denominadas “epidemias de suicidio” en la comunidad.

CARACTERÍSTICAS DE LA ACCIÓN PREVENTIVA DE LA CONDUCTA SUICIDA

Después de haber analizado la gravedad y enorme incidencia de la problemática suicida en el ámbito mundial, es obvio que todos aquellos, que de una u otra forma estemos involucrados en el trabajo y abordaje de este tipo de situaciones, tenemos que organizarnos para establecer pautas que ayuden a aminorar y prevenir este gravísimo problema.

Es un tema complejo, difícil y que requiere de mucho recurso humano y económico, así como de un marco legal y gubernamental que permita actuar, pues no olvidemos la OMS (Organización Mundial de la Salud), en su declaratoria de Mayo del 2003 recomienda la adopción de «medidas urgentes» para frenar el impacto de la violencia (entre ello, la muerte por suicidio) en la Salud Pública (resolución aprobada por la Asamblea de esa institución de Naciones Unidas). Por tanto hay que considerar la problemática suicida como un problema de Salud Pública que requiere medidas en todos los ámbitos ecosistémicos.

La prevención de las conductas suicidas requiere planteamientos concretos; si bien es cierto que el presupuesto requerido para este tipo de planes no es precisamente poco, no hay que olvidar tampoco, que al prevenir se aminoran los costos que producen las intervenciones terapéuticas cuando ya se ha producido alguna forma de comportamiento autodestructivo.

En 1999, el Jefe del Servicio de Sanidad de Estados Unidos (U.S. Surgeon General) realizó un llamamiento a tomar medidas para la prevención del suicidio mediante la introducción de una estrategia de Conciencia, Intervención y Metodología (Awareness, Intervention, and Methodology, su sigla en inglés es AIM). El plan incluye iniciativas de investigación, conferencias y la evaluación de la eficacia de los programas de prevención actuales.

La prevención de las conductas suicidas se realiza mediante programas de información colectiva, medidas sociales e intervenciones en el ámbito individual.

Los programas de intervención colectiva se basan en la información a distintos grupos de la población; por ejemplo, los programas encaminados a adolescentes se realizan principalmente a través del sistema educativo, a pesar de que muchos expertos en la materia no consideran estos planes eficaces para la prevención de las conductas suicidas.

Las medidas sobre conductas y hábitos colectivos que se relacionan con el comportamiento autolesivo tienen, entre otros objetivos, el control del acceso a las armas de fuego, a sustancias venenosas y a medicamentos. También se recomienda la revisión de las informaciones al respecto a través de los medios de comunicación, insistiendo en el manejo ético de dicha información.

Las intervenciones en el ámbito individual intentan detectar y, por tanto, modificar aquellos factores de riesgo que están fuertemente asociados a conductas suicidas de la población general. En esta labor estarían implicados médicos generales, pediatras y psicólogos de los servicios de atención primaria, maestros y personal de servicios sociales. Estas medidas consistirían en la detección sistemática de factores de riesgo en todos los sujetos con los que ese profesional tiene contacto para detectar posibles casos en los que sería necesaria una evaluación más profunda (35).

En muchos países del mundo se están implementando en las escuelas y colegios, cada vez más frecuentemente, programas para la prevención del suicidio infanto-juvenil. Para asegurar la efectividad de dichos programas, se deben tener en consideración los siguientes aspectos (36):

- Los programas de prevención no deben basarse exclusivamente en un modelo general de stress para explicar la conducta suicida, sino más bien, considerar las especificidades psicopatológicas de dichos comportamientos.
- Dichos programas deben incluir también métodos diagnósticos para la detección de conductas suicidas actuales en la población.
- Se deben centrar esencialmente en los grupos de riesgo y en los individuos que tienen mayor peligro de cometer estas conductas.

- Se debe intensificar la colaboración y el trabajo conjunto entre las instituciones encargadas de la investigación de estas conductas, aquellas que se ocupan del tratamiento de las mismas, así como de las dependencias políticas que regulan la aplicación de los programas de prevención.

Los programas deben contemplar:

- Prevención de las conductas suicidas en la población en general,
- Prevención de las conductas en aquellos individuos en riesgo, pero que nunca lo han intentado,
- Evitar que se repitan nuevos intentos en las personas que ya han hecho una tentativa suicida, e
- Impedir que los familiares de aquellos que se han suicidado incurran en comportamientos autodestructivos.

ÁREAS DE PREVENCIÓN Y MECANISMOS DE ACCIÓN

Consideramos oportuno tratar aspectos relacionados con la prevención del suicidio, para lo cual incluimos varias áreas donde se debe implementar programa de prevención y algunas formas de enfrentamiento y manejo de las personas con pensamientos suicidas que hayan intentado contra su vida, y de los familiares del fallecido por este medio.

Hay suficiente literatura suicidológica que hace énfasis en los factores de riesgo suicida como una estrategia válida para la prevención de estas conductas y causa de muerte.

Ante todo hay que considerar que los factores de riesgo suicida son individuales, pues lo que para algunos es un elemento de riesgo, para otros puede no representar problema alguno.

Además de individuales son generacionales, ya que los factores de riesgo en la niñez pueden no serlo en la adolescencia, la adultez o la vejez. Por otra parte son genéricos, ya que la mujer tendrá factores de riesgo privativos de su condición y así también lo será para el hombre. Por último, están condicionados culturalmente, pues los factores de riesgo suicida de determinadas culturas pueden no serlo para otras. Debido a estas propias

características de los factores de riesgo suicida (individuales, generacionales, genéricos y condicionados culturalmente), aquellos profesionales que no tengan experiencia suficiente en su detección y evaluación tendrán mayores dificultades que si trabajaran con los grupos de riesgo suicida (34).

Los grupos de riesgo de suicidio son aquellos conjuntos de personas que por sus características particulares tienen mayores posibilidades de cometer un acto suicida que los que no están incluidos en ellos. Por otra parte, el concepto de grupo de riesgo de suicidio tiene varias ventajas como las que a continuación se relacionan (34):

- Su número es limitado, lo cual facilita el diagnóstico
- Incluyen las múltiples posibilidades por las cuales una persona puede realizar un acto suicida

La prevención de estos fenómenos medico-sociales, involucran a toda la sociedad en su conjunto, y no al sector médico exclusivamente. Aplicar los mecanismos de acción para la prevención del tema del suicidio de manera correcta y funcional es una estrategia que puede contribuir a que una mayor cantidad de personas esté en condiciones de detectar y evaluar a otras que estén en riesgo de cometerlo.

PREVENCIÓN DE SUICIDIO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA SALUD PÚBLICA

El campo de la salud pública tiene dos metas: prevención y la promoción de la salud.

La prevención primaria reduce la incidencia o el número de casos que define una población. La prevención secundaria reduce la prevalencia de un trastorno y la terciaria reduce la prevalencia al reducir la recurrencia del trastorno.

La aplicación de este modelo a la prevención del suicidio conlleva tres etapas:

1. Definir el problema mediante la vigilancia epidemiológica obteniendo información sobre las características de los individuos que expresan el comportamiento suicida, las circunstancias que rodean el incidente, los eventos que precipitan

el acto, cuán adecuado es el apoyo social, los servicios de salud recibidos, la severidad y el costo del daño a los individuos y la sociedad. Esto arroja información sobre la prevalencia de un trastorno en la comunidad y señala si el problema es epidémico o pandémico si aumenta o disminuye por regiones, grupos de edad o poblaciones.

2. La segunda etapa enfoca sobre el por qué ocurre el problema en la comunidad. Se identifican los factores de riesgo, los grupos que están en riesgo como también los factores protectores.
3. En una tercera etapa se desarrollan y evalúan las intervenciones. El reto que ofrece es el diseño de intervenciones dirigidas a poblaciones determinadas que sean seguras, éticas, factibles y efectivas.

La prevención de la conducta suicida desde el ámbito sanitario y educativo constituye la piedra básica sobre la que se debe edificar cualquier programa específico y/o general que tenga como finalidad la prevención del suicidio en niños y adolescentes.

Vamos a presentar ambos niveles por separado, sin embargo, hay que recalcar que, siendo el Modelo Ecosistémico el hilo conductor de estos programas, tenemos que considerar el trabajo mancomunado de ambos medios si queremos que los programas de prevención tengan el éxito esperado. No olvidemos que trabajar en Sistema Red es parte esencial de la concepción ecológica.

MEDIDAS SANITARIAS

El reconocimiento y la intervención temprana de los trastornos mentales, emocionales y de abuso de sustancias son la forma más eficaz, desde el ámbito sanitario, de prevenir el suicidio y el comportamiento suicida.

Varios estudios han demostrado que los programas de prevención del suicidio, dentro del Sistema de Salud, con más probabilidad de éxito son aquellos orientados a la identificación y el tratamiento de las enfermedades mentales, afectivas y el abuso de sustancias, el control de los efectos del estrés (de cualquier tipo) y de los comportamientos agresivos.

Las aproximaciones de salud pública en la prevención del suicidio se han focalizado en los pacientes suicidas, los familiares y demás adultos que

interactúan con ellos, sus amigos, los profesionales que laboran en salud mental y en aquellos que laboran en atención primaria (37).

Estas medidas en el ámbito de la Salud debemos, a su vez, subdividir las en:

- **individuales** (referentes al paciente en riesgo),
- **familiares** (aplicadas a las familias de pacientes suicidas y en riesgo),
- **comunitarias,**
- **capacitación del personal, y**
- **científicas**

MEDIDAS DE TIPO INDIVIDUAL

Aunque no existen métodos validados, se cree que la evaluación individual de los factores que se enumeran a continuación puede contribuir a detectar un alto número de pacientes en situación de riesgo y, de esa manera, poder prevenir un gran número de posibles intentos de suicidio y suicidios consumados:

- **Sintomatología afectiva** (depresión, bipolaridad, ansiedad)
- **Consumo de alcohol y/o drogas** (especialmente de aquellas sustancias que desinhiben el impulso)
- **Trastornos de conducta** (incluidos los de tipo orgánico)
- **Trastorno psicótico** (especialmente de tipo esquizofrénico con alucinaciones auditivas de tipo imperativo: “órdenes”)
- **“Aburrimiento” de la vida, deseo de morir o ideación suicida** (sea esta vaga o planificada)
- **Existencia de amenazas suicidas y/o intentos de suicidio** (sea cual fuere su letalidad)
- **Accidentes y traumatismos físicos frecuentes que hagan pensar en otra causa diferente a accidentes**
- **Factores psicosociales estresantes que puedan ser desencadenantes de conductas de riesgo.**

Los profesionales de atención primaria que carezcan de tiempo, entrenamiento y/o recursos para evaluar el estado mental del paciente

deberían utilizar cuestionarios autoadministrados para rastrear depresión, preocupaciones y/o comportamientos suicidas previos. Esta práctica se recomienda especialmente a pediatras, médicos de la familia, médicos generales, psicólogos de atención primaria (entre otros) que se ven enfrentados a tratar poblaciones en riesgo de suicidio.

Aquellos individuos identificados como **“en riesgo”**, deben ser derivados para tratamiento a los servicios especializados de salud mental, y, de ser posible recibir apoyo multidisciplinario y seguimiento (citas regulares, llamadas telefónicas, consejería) durante el período de transición hasta que la situación de riesgo disminuya o desaparezca.

Tanto los profesionales de atención primaria como los de los centros especializados de salud mental deberían llevar un fichero confidencial con los datos de los pacientes que pueden sufrir crisis. De esta manera se puede mejorar la cobertura del servicio para personas en riesgo (haciéndolo personalizado) y proporcionar amparo a las familias.

Para el efecto se crea un fichero de pacientes seleccionados, previo consentimiento del paciente y su familia, de modo que en el momento en que se registre una crisis el médico, u otro profesional a cargo, conozca tanto el historial, como el tratamiento e incluso la situación socio-familiar del/la afectado/a. Este programa que, además, ofrece a las familias un recurso fácilmente accesible que les proporciona amparo ante las emergencias, se completa con un protocolo de cooperación con los agentes sociales cuya intervención es necesaria en este tipo de episodios.

Otro aspecto muy importante es el evitar la prescripción de medicamentos que puedan conllevar riesgos suicidas. Para ello hay observar, además, el no recetar grandes cantidades de los mismos e involucrar a la familia del paciente suicida o en riesgo en la responsabilidad de la administración farmacológica (de ser ésta necesaria).

Cuando la hospitalización de pacientes en riesgo suicida sea necesaria, el personal debe tomar todas las precauciones estipuladas en los protocolos de intervención en hospitalización.

MEDIDAS FAMILIARES Y COMUNITARIAS EN EL ÁMBITO SANITARIO

Las dificultades psíquicas y emocionales, los riesgos y estresores que pueden causar dichas dificultades y la posibilidad de modificar dichos riesgos, no se pueden deslindar del contexto familiar, social inmediato y comunitario, así como de las normas y creencias que dichos contextos poseen. Las medidas preventivas en estos ámbitos buscan abrir espacios para poder activar el apoyo social y encontrar posibles colaboradores solidarios (incluidas las iniciativas comunitarias voluntarias).

Para que los programas de prevención de la conducta suicida destinados a la familia en especial y la comunidad en general alcancen las metas propuestas, deben tener como meta que aquellos beneficiarios de dichas medidas adquieran (a través de explicaciones coherentes y detalladas de la situación de riesgo y sus posibles consecuencias) conciencia del problema y los riesgos, y que logren alcanzar un mínimo necesario de flexibilidad en sus pensamientos y concepciones.

Aquí también tenemos que diferenciar si se trata de prevenir que se produzca una conducta suicida o, si la finalidad es evitar que se repita dicha conducta.

Con respecto a los programas familiares destinados a impedir que se produzca una conducta suicida en individuos pertenecientes a los diferentes grupos de riesgo, se recomienda:

- la **consejería psicoeducativa** (informaciones y explicaciones sobre: los riesgos y sus consecuencias, los estilos más adecuados de crianza, los signos tempranos de trastornos psíquicos y emocionales que podrían desembocar en conductas suicidas, etc.), y
- los **talleres prácticos destinados para parejas, padres y familiares** (técnicas de entrenamiento en competencias sociales y estilos saludables de comunicación, cursos sobre situaciones de riesgo destinados para la familia de personas con problemas psíquicos y emocionales, grupos terapéuticos destinados al intercambio de experiencias y a la orientación familiar, etc.). Este tipo de medidas debe hacerse discriminando el grupo de riesgo al que van dirigidos los programas, pues estos deben ser lo más específicos posibles.

Aquellos programas familiares destinados a evitar la repetición de conductas suicidas cobran cada vez mayor importancia en el Sistema de Salud. La finalidad de dichas medidas es la prevención de recaídas. Para ellos se persiguen las siguientes metas:

- **Información y explicación profesional** acerca de las particularidades de la conducta suicida, las claves verbales y no verbales de dichos comportamiento, sus señales de alarma, formas de abordaje, pronóstico.
- **Elaboración de perspectivas familiares** para manejar este tipo de situaciones antes de que se produzca un intento suicida.
- **Recomendaciones claras de eliminar y evitar poner al alcance del que ha cometido una tentativa suicida algún medio** como para que pueda repetir esta conducta (armas, medicamentos, etc.)
- **Responsabilizar al familiar de la administración de la medicación** (en caso de necesitarla)
- **Análisis del impacto que puede suponer el problema** para la integración del individuo en especial y la familia en general en el contexto social inmediato y en el ámbito comunitario.
- **Desarrollo de posibilidades de intercambio y apoyo con otras familias** afectadas en grupos familiares dirigidos por profesionales expertos en este tipo de problemática.
- **Ayuda y apoyo terapéutico a familiares de personas que han consumado el suicidio, para evitar conductas similares entre otros miembros (Posvención).**

Una de las principales medidas de la Salud Pública en el ámbito comunitario para la prevención del suicidio son las denominadas **líneas telefónicas de crisis**.

Aunque este tipo de líneas telefónicas está disponible en muchísimos países en el mundo, la investigación acerca de los efectos sobre la prevención de conductas suicidas ha sido bastante limitada, inclusive ha fallado en

demostrar que dichas líneas telefónicas tengan un impacto en la incidencia del suicidio. Las posibles razones podrían ser (37):

- Los individuos activamente suicidas (varones e individuos con trastorno mental agudo) no llaman a las líneas telefónicas porque están severamente perturbados, preocupados, o tratan de no ser desviados del curso de acción que se han propuesto.
- Los individuos suicidas pueden fallar en acceder a la línea telefónica. Estas a menudo están ocupadas y puede haber una espera larga antes de que la llamada sea respondida, y entonces se desconectan.
- El consejo proporcionado a través de una línea telefónica puede ser estereotipado, inapropiado para las necesidades del que llama, o percibido como de poca ayuda para él o ella.
- Las preferencias de género para buscar ayuda originan que la mayoría de los usuarios sean de sexo femenino, mientras que los varones están en mayor riesgo de suicidio.

Sin embargo, a pesar de que estas deficiencias son potencialmente modificables, hasta ahora no ha habido intentos sistemáticos para hacerlo. Los estudios e investigaciones en esta área son escasos, pero son urgentemente necesarios.

Otras medidas efectivas son **charlas informativas periódicas abiertas a la comunidad** sobre:

- situaciones de riesgo que pueden llevar a un individuo a una conducta suicida,
- enfermedades mentales y emocionales relacionadas con comportamientos autolesivos y autodestructivos,
- servicios y posibilidades de ayuda que se ofrecen en las áreas de atención primaria y de salud mental para personas con problemas y conductas de riesgo, y
- formas de actuar frente a conductas implícitamente o explícitamente suicidas (tomar en serio al que amenaza con suicidarse, contacto inmediato con la familia y/o amigos del afectado, escuchar atentamente y mostrarle preocupación por

su problema, aceptar sus sentimientos, tranquilizar al suicida pero no prometerle confidencialidad, no dejarlo solo, ponerse en contacto inmediato con urgencias o con un profesional de la salud mental, esconder los objetos con los que podrían autoinfligirse lesiones).

MEDIDAS DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

Los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud (especialmente aquellos de Atención Primaria) deberán ser capacitados y entrenados para reconocer factores y situaciones de riesgo para el suicidio y la conducta suicida y, aprender el concepto de trabajo en forma interhospitalaria y en Sistema Red, para derivar adecuada y oportunamente a aquellos pacientes en riesgo, a servicios especializados de Salud Mental.

Para ello se deben implementar Cursos, dentro del Sistema de Salud Pública, para el debido entrenamiento en la evaluación de trastornos afectivos y mentales, así como de la conducta suicida. Estudios preliminares y aún no reproducidos en Suecia (Rihmer y col., 1995), sugieren que educar a los profesionales de Atención Primaria en estas evaluaciones ha dado como resultado una reducción en el número de suicidios y de intentos de suicidio (especialmente en las adolescentes femeninas) y un incremento de la derivación adecuada a servicios especializados y hospitalizaciones oportunas, sin embargo, esta opción es aún preliminar (especialmente por tratarse de situaciones relacionadas con la emocionalidad).

Esta capacitación continua debe darse también en las áreas especializadas de Salud Mental, no sólo con los profesionales involucrados directamente en el trabajo con personas en riesgo o con conductas suicidas (para evitar dichos comportamientos o la repetición de los mismos), sino, además, con los encargados de las áreas administrativas y generales de dichos servicios, para que se dé la viabilidad necesaria a los planes de prevención y de capacitación tanto en lo que a recursos económicos y humanos se refiere, como a lo concerniente a contratar al personal idóneo y encontrar regulaciones que permitan la aplicación de estos programas. Se trata de sensibilizar al personal respecto a la problemática suicida, sus factores de riesgo y sus consecuencias a todo nivel, y de entrenarlo en la prevención de conductas autolesivas en individuos que consultan estos servicios de Salud

Mental y en la forma de impedir que (en caso de que ya se hubiese producido una tentativa) estos comportamientos se repitan.

MEDIDAS ACADÉMICAS Y CIENTÍFICAS

Es importante que el ámbito de la Salud (pública y privada) permita la difusión de los programas específicos que se encuentren implementados para la atención y prevención de conductas suicidas. Una forma muy efectiva de poder lograr este objetivo, aparte del apoyo de los medios de comunicación (lo cual lo veremos más adelante), es el organizar de forma periódica jornadas científicas y académicas con la participación de profesionales involucrados en esta problemática, en las cuales, en forma de charlas, talleres, seminarios, etc. se presenten y discutan dichas medidas, pues sólo así se podrá conseguir el perfeccionamiento de dichos planes para lograr una aplicación más efectiva.

La formación de asociaciones específicas con especialistas en Suicidología es una manera formal de agremiar a los profesionales del ámbito de la salud (y también de otros contextos) que trabajan día a día con el tema.

El otro aspecto que no podemos dejar de lado es incentivar, incrementar y apoyar con recursos humanos, materiales y económicos la investigación en Suicidología. De esta manera se pueden obtener datos importantísimos sobre la incidencia actual de las conductas suicidas en una población determinada, sus factores de riesgo, sus desencadenantes, sus antecedentes, sus consecuencias, etc. Esto ayudará enormemente a que los planteamientos para la prevención se puedan adecuar de manera correcta a los grupos específicos en peligro de cometer comportamientos autodestructivos. La efectividad de dichos programas preventivos debe ser igualmente estudiada a profundidad, de manera que puedan perfeccionarse y adaptarse cada vez mejor a la realidad concreta de cada población.

En el fenómeno suicida existen importantes áreas de investigación e interés para el futuro.

MEDIDAS EN EL SISTEMA EDUCATIVO

Por la alta incidencia de conductas suicidas en la población infanto juvenil, el sistema educativo desempeña un papel clave en la detección temprana de comportamientos y grupos de riesgo para poder prevenir e intervenir oportunamente actos autolesivos. Recordemos que el entorno escolar, conjuntamente con el familiar, juega un rol importantísimo en las interacciones e interrelaciones sociales de los niños, niñas y adolescentes (compañeros de escuela, maestros, directivos).

Los programas de toma de conciencia sobre el suicidio en las escuelas frecuentemente minimizan el papel que en todo ello pueden desempeñar las enfermedades mentales y, aunque son diseñados para alentar la apertura del estudiante o a alentar la apertura a terceros (sus amigos, compañeros, etc.), no han demostrado ser efectivos ni en reducir el comportamiento suicida, ni en incrementar el comportamiento de búsqueda de ayuda.

Dado que los programas curriculares de toma de conciencia sobre el suicidio confunden a algunos estudiantes de alto riesgo, una aproximación más segura sería focalizar en las características clínicas de los diferentes trastornos emocionales y/o psíquicos, así como en los factores ambientales, familiares y socio-culturales que predisponen a estas conductas. Hay evidencias de que las charlas y conferencias sobre suicidio para grupos infanto juveniles de clases regulares deberían desalentarse, pues puede darse una propensión a activar la ideación suicida en jóvenes perturbados cuya identidad no es usualmente conocida por el instructor. Los programas sobre rastreo y educación sobre suicidio, que no incluyen procedimientos para evaluar y derivar a menores identificados con riesgo suicida, no están recomendados.

Los programas de rastreo directo pueden identificar a aquellos con factores de riesgo subyacentes para una ulterior evaluación clínica y, de ser necesario derivación a servicios de salud especializados (37).

En el sistema escolar podría incluirse en la materia de salud que enfatiza la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la reducción del estrés y la utilización de destrezas en el manejo de dificultades. En la prevención secundaria, se identificarían los estudiantes en riesgo para exhibir comportamiento suicida así como los arreglos y la coordinación

necesaria para que sean evaluados y tratados. La prevención terciaria comprendería el tratamiento a los niños y adolescentes que han hecho un intento suicida.

Cuando se evalúa un modelo de prevención, debe tomarse en consideración que debe ser adaptable a ambientes específicos y a las diferentes etapas del desarrollo donde se encuentran los grupos en riesgo. Debe claramente señalar la(s) meta(s) de su actividad y permitir el uso de múltiples intervenciones. Así mismo debe ser comprobable en sus componentes.

Se recomienda que las estrategias de prevención en la población de jóvenes estén basadas en evidencia y que comprendan dos objetivos:

- la detección de los casos (el referido y el tratamiento) y
- la reducción de los factores de riesgo.

El hallazgo de casos comprende la detección en la escuela, el cernimiento en los centros de crisis y las líneas de ayuda. Son esenciales la restricción de los métodos letales, la educación de los medios de comunicación, la intervención en crisis y el desarrollo de destrezas (21, 22).

PREVENCIÓN EN LAS ESCUELAS

La escuela es la institución comunitaria cuya responsabilidad primaria es la educación y la socialización de la juventud. El ambiente escolar ofrece la oportunidad de poder identificar conductas de riesgo en los jóvenes como también la de promover los factores de protección.

La búsqueda directa de casos es un modo excelente y efectivo en todo aspecto para identificar personas en posible riesgo en el ámbito educativo.

Existen evidencias de que el abordaje directo (más no amenazante ni impositivo) con menores en riesgo, les permitirá a estos brindar información exacta acerca de sus pensamientos y/o comportamientos suicidas. Por tanto, una forma razonable de prevenir el suicidio en este grupo etéreo consiste en rastrear en los siguientes aspectos:

- **intentos previos de suicidio,**
- **preocupaciones suicidas recientes y serias,**
- **depresión u otras alteraciones emocionales y/o mentales,**
- **complicaciones por el uso y/o abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas y,**

- **situación familiar y socio-económica.**

La escuela puede proveer un ambiente social y físico más seguro, servicios de apoyo de manera responsable y a la vez mantener enlaces con la comunidad. Su currículo puede incorporar actividades que desarrollen y fortalezcan las destrezas para la solución de problemas, expresión apropiada de sentimientos, el manejo de la ira, la empatía, la toma de decisiones y la comunicación.

Entre las guías de prevención relacionadas a la escuela (21, 22) se pueden considerar las siguientes:

- la creación de programas de prevención que disminuyan el estigma sobre los trastornos mentales e incluyan instrumentos que identifiquen los jóvenes en riesgo de suicidio,
- la implementación de estrategias de intervención que identifiquen los jóvenes con problemas emocionales y de comportamiento,
- los niños y adolescentes que presentan síntomas, deben ser referidos, para ser evaluados y tratados por profesionales con adiestramiento específico y que sean expertos en la evaluación, manejo y/o tratamiento de niños y adolescentes,
- establecer centros y/o ofrecer servicios de salud mental dentro de la escuela,
- expandir la ayuda geográfica y financiera para el tratamiento del abuso de drogas y alcohol,
- promover la investigación de las causas y los tratamientos,
- establecer programas para la prevención del maltrato de los niños ya que esta población se considera de alto riesgo,
- prevención del acoso e intimidación ("bullying") en las escuelas.

Esto requiere que el personal docente que labora en los centros educativos tenga la debida información acerca de todo lo que implica la conducta suicida y sus posibilidades de intervención y prevención. Por tanto la Psicoeducación de los maestros y maestras, los directivos de los Centros y

personal en general que labora en las escuelas, es de vital importancia para que dichos programas de rastreo funcionen de forma efectiva, así como para poder ayudar de manera eficiente a niños, niñas y adolescentes en riesgo, alentándolos a buscar apoyo profesional a tiempo.

Los Centros Educativos deben encargarse de instruir a los padres en el reconocimiento temprano de conductas de riesgo y/o señales de alarma que puedan hacer pensar en un trastorno emocional y/o psíquico o en la posibilidad de un comportamiento autolesivo. De esta manera se les enseñará y ayudará (a dichos padres) a reaccionar de manera adecuada ante cualquier emergencia, a participar activamente en la eliminación de cualquier medio u objeto que pudiera servir para que el menor se autoelimine.

Aquí una breve Guía sobre cómo deben actuar los maestros ante la identificación de un / una adolescente con riesgo suicida:

- Después de identificar a un/a alumno/a con riesgo de depresión o suicidio, el paso siguiente es hablar con la familia de él o ella
- Si el maestro observa signos de peligro de un episodio depresivo grave, nunca debe cometer el error de ignorarlos y esperar que el / la estudiante "supere la etapa".

Éstas son algunas formas en que el personal docente de los Centros Escolares puede intervenir y ayudar a prevenir el suicidio:

- Estar disponible.
- Comunicarse con su alumno/a.
- Establecer límites cuando sea necesario.
- Siempre tomar en serio las conversaciones sobre suicidio.
- Compartir esta información con las autoridades escolares apropiadas.

Al hablar con la familia:

- Compartir su inquietud y preocupación por el alumno en riesgo.
- Decirles específicamente lo que él o ella dijo sobre suicidio, y recomendarles que lo tomen muy en serio.

- Darles folletos psicoeducativos sobre depresión, suicidio y otros problemas psíquicos.
- Recomendarles que hagan evaluar de inmediato al menor por un profesional de salud mental capacitado para reconocer y tratar la depresión población infanto juvenil. El consejero escolar o el médico principal de la familia puede ayudarles a encontrar un profesional apropiado. Como parte de este proceso, se debe hacer notar a la familia que los menores deprimidos no deben tener acceso a armas de fuego ni a otros medios con los que puedan autolesionarse o autoeliminarse.
- Si los padres están indecisos, preguntarles por qué. Volver a repasar los folletos psicoeducativos con la familia, asegurándose de indicarles los signos de peligro que se ha observado.
- Algunos padres pueden mostrarse indecisos cuando se trata de hacer evaluar a sus hijos. Las siguientes son algunas razones:
- **Creen que el menor está experimentando una fase "normal"**. La depresión clínica no es normal y causa trastornos continuos hasta que se reciba suficiente tratamiento.
- **Les preocupa que se vea a su hijo/a como "débil de carácter"**. Es importante ayudar a la familia a reconocer la depresión como un problema de salud con causas físicas, similar a la diabetes o el asma.
- **Tienen la esperanza de que "lo superará"**. Desgraciadamente, la depresión persiste hasta que se la trate.
- **Creen que su hijo/a tiene una "razón justificada" para estar deprimido**. La depresión, por cualquier motivo, debe ser tratada; causa problemas y puede llevar a la muerte si no se la trata.

Cuanto antes se evalúe y se trate la depresión, más fácil será el tratamiento y menor la probabilidad de que aparezcan complicaciones (por ejemplo, muerte por suicidio).

Es muy importante que se consiga tratamiento para el/la alumno/a.

Especial atención debe darse a la forma en que profesores y alumnos enfrenten conductas suicidas dentro del ámbito educativo (intentos de suicidio realizados dentro de la escuela), hay que lograr que el menor se reintegre al ritmo cotidiano de estudios luego de una tentativa suicida y hay que poner énfasis al trabajo de apoyo y orientación que se debe ofrecer desde el ámbito educativo a los “sobrevivientes” de un suicidio consumado (es decir los familiares y personas de relación de un alumno que se ha suicidado).

En cuanto a cómo abordar una conducta suicida (donde el suicidio no se ha consumado) con los compañeros/as, requiere una información adecuada, profesional y objetiva por parte de los profesores, así como recomendaciones concretas para que el menor, una vez que ha superado la crisis y se reintegra al sistema educativo, no sea aislado ni herido en su sensibilidad con comentarios dolorosos o recriminaciones que acrecentarían aún más el riesgo de que dicha conducta se repita.

Por último, lo ideal y recomendado es que todo centro educativo cuente con un especialista en salud y uno en salud mental, de manera que la evaluación clínica del riesgo se haga con criterio profesional y, en caso de ser necesaria, la derivación a tratamiento especializado se haga de manera adecuada y oportuna y con el debido intercambio de información entre la escuela y el centro de salud donde será atendido el alumno (**Sistema Red**). El contar con especialistas en salud mental permitirá la implementación de programas de entrenamiento en habilidades sociales con los estudiantes, enseñándoles técnicas para la resolución adecuada de problemas, manejo de ansiedad y temores, autoconfianza y estilos adecuados de comunicación, lo que les permitirá enfrentar determinadas situaciones estresantes sin descompensarse en su aspecto emocional ni psíquico.

Desgraciadamente no en todos los países del mundo se puede tener estas facilidades (hablamos concretamente de los países en vías de desarrollo); en dichas naciones es escasa o ninguna la intervención profesional de salud mental en el ámbito educativo, dándose muchas veces circunstancias extremas en las que el psicólogo clínico debe responsabilizarse de la evaluación y ayuda de más de 1.000 menores escolarizados, lo que es un

trabajo en condiciones realmente infrahumanas, que trae como consecuencia que los diagnósticos puedan ser deficientes y/o erróneos, de modo que muchos alumnos en riesgo son pasados por alto y pueden caer en conductas suicidas sin que se pueda prevenir esta circunstancias.

Más allá de las medidas sanitarias y educativas para frenar las conductas suicidas, es necesario la aplicación de medidas destinadas a dar asistencia regional a la población en general, a los pertenecientes a grupos de riesgo y sus familias, así como a aquellas familias de personas que han intentado autoeliminarse o han consumado el suicidio (pues estos familiares se ven abocados a situaciones caóticas en su organización, y, en caso del suicidio consumado, a un proceso de duelo y dolor por la pérdida definitiva de quien se suicidó). Para esto se hace imprescindible la **creación de estrategias comunitarias, administrativas y socio-culturales en el ámbito seccional** que garanticen una asistencia calificada, efectiva, eficiente, accesible, aceptable, inmediata y continua a las personas afectadas por esta problemática.

En este sentido, es importante señalar que se destaca la necesidad de impedir que se produzcan situaciones estresantes que podrían generar que grupos que pasen a formar parte de alguno de los grupos de riesgo enunciados en este capítulo.

Se busca, a través del apoyo comunitario, proteger a la población para que no caiga en adicciones u otros comportamientos peligrosos.

A nivel nacional se debe promover el cuidado efectivo para los trastornos mentales, físicos y abuso de sustancias; disponibilidad /acceso a intervenciones clínicas y el apoyo a la búsqueda de servicios y la restricción de medios letales (incluyendo las armas de fuego y agentes tóxicos entre otros).

Hay que implementar programas de adiestramiento efectivos dirigidos a las familias y líderes comunitarios en aspectos que faciliten el reconocer señales de peligro en los jóvenes y encaminarlos a recibir el tratamiento adecuado. Debemos reconocer y fortalecer aquellas creencias religiosas y culturales que apoyan la preservación de la vida y desalientan el suicidio.

A nivel de comunidad el plan de prevención debe tomar en cuenta la relevancia de los valores culturales, las buenas relaciones y el apoyo de los

amigos, vecinos y de las personas significativas en la vida del menor. También es importante el que pueda compartir con amigos que no consuman drogas y la integración social a través de la escuela, el trabajo y los deportes. La literatura también reporta que el disminuir el acceso y/o disponibilidad de las armas de fuego puede disminuir el riesgo de suicidio en algunas poblaciones. Por lo tanto, hay que dirigir los esfuerzos a nivel de comunidad para desarrollar estrategias de intervención tomando en cuenta estos hallazgos (38).

LA IMPORTANCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN LA DIFUSIÓN DE PLANES DE PREVENCIÓN

Múltiples son los estudios que nos hablan de la relación existente entre el mal uso de la información acerca del tema del suicidio a través de la prensa hablada y/o escrita y la ocurrencia de dichos actos, principalmente en sujetos vulnerables, existiendo una clara evidencia del efecto mediático con relación a la utilización de métodos de suicidio específicos.

El impacto de los medios de difusión en las conductas suicidas parece ser más evidente cuando la noticia es ofrecida al público de determinada forma por lo que es imprescindible que los profesionales que laboran en estos medios cuenten con los conocimientos especializados mínimos de modo que las informaciones sean transmitidas a la comunidad de manera más profesional y menos sensacionalistas, naturalmente sin pretender coartar la libertad de expresión, sino más bien de hacer esta expresión lo más científica y de calidad posible.

No olvidemos que las noticias sensacionalistas sobre el suicidio de una personalidad pública (ídolos juveniles, cantantes, artistas, políticos, etc.) puede precipitar el suicidio de personas vulnerables, sobre todo adolescentes y jóvenes.

Por esta razón la Fundación Americana para la Prevención del Suicidio editó en 1999 guías razonables para reporteros y editores, apuntando a los riesgos de la cobertura exagerada del suicidio juvenil en general, y de los riesgos de focalizar la atención en un suicidio individual. Estas guías razonables deberían ser conocidas por los clínicos involucrados en la práctica de salud pública (tanto en el ámbito de Atención Primaria, como en Salud Mental).

En este capítulo nos concentraremos en la importancia que tienen los Medios de Comunicación para la difusión positiva de los planes de prevención (primordial, primaria, secundaria y terciaria) tanto en el ámbito sanitario, educativo, comunitario y social.

Una difusión regular, adecuada y correcta, permite a la comunidad estar informado de las de dichos programas y medidas, de modo que pueden hacer uso de ellos de manera precoz, antes de que se den consecuencias irreversibles. Es decir que para el efecto, la información mediática puede ser una aliada eficaz y efectiva para poder evitar conductas autodestructivas en la población en general, debido a la posibilidad que tienen los medios de comunicar de manera masiva, llegando hasta los rincones más recónditos de una nación.

Se deben difundir y promocionar todos los planes y medidas que se efectúan para evitar que se formen grupos de riesgos que pudiesen incurrir en conductas suicidas, para impedir que los grupos de riesgos ya constituidos cometan tentativas de suicidio, para lograr que aquellos que ya han intentado suicidarse no vuelvan a reincidir en este tipo de comportamiento y, para dar apoyo y ayuda a los allegados de los suicidas para impedir conductas de imitación; además de ello, los medios de comunicación deberán publicar informaciones calificadas sobre las generalidades de la conducta suicida:

- **factores y grupos de riesgo,**
- **factores de protección,**
- **gradientes y fases del proceso suicida,**
- **mitos y evidencias relacionadas con el suicidio,**
- **las preguntas más frecuentes en la temática del suicidio (con las respuestas adecuadas),**
- **señales de alarma, claves verbales y no verbales,**
- **lugares adecuados donde acudir a buscar apoyo y tratamiento,**
- **tratamientos más efectivos para enfrentar las conductas suicidas,**

- **medidas prácticas para aquellos individuos que se viesen enfrentados a actuar oportunamente frente a una persona con riesgo suicida, y**
- **resultados de investigaciones epidemiológicas sobre la conducta suicida en los ámbitos familiares, sociales, educativos y sanitarios.**

RESUMEN DE RECOMENDACIONES GENERALES

- Ver el suicidio como un problema de salud pública, que es prevenible y como una responsabilidad compartida por todos incluyendo funcionarios del gobierno, profesionales y planificadores de servicios de salud e investigadores. Esto conlleva un proceso dinámico y continuado.
- Su atención debe ser prioridad para todo gobierno.
- Conlleva que padres, maestros y profesionales, desde sus respectivos roles en la sociedad, conozcan y aprendan a reconocer las señales asociadas a riesgo de comportamiento suicida y cómo ofrecer ayuda efectiva al adolescente.
- Se necesitan acciones desde diferentes niveles de intervención y de manera integrada a nivel individual, de la comunidad, de las organizaciones y a nivel de la sociedad. Deben apoyarse todos los factores que protegen a los adolescentes del comportamiento suicida desde esos niveles también.
- En las escuelas se debe educar a los jóvenes en cuanto a los factores de riesgo, señales de peligro y donde acudir a recibir ayuda. Debe haber profesionales debidamente adiestrados para intervenir con los jóvenes que presenten comportamiento suicida.
- Los profesionales de la salud deben explorar/evaluar la presencia de síntomas depresivos y de comportamiento suicida en todos los niños y jóvenes a los que les ofrezcan sus servicios
- Debe haber acceso a servicios clínicos apropiados para los jóvenes con trastornos psiquiátricos.

- Debe educarse a los medios de comunicación en la manera que ha de tratarse el tema de suicidio y como ser colaboradores en la prevención e identificación temprana.
- Se tiene que seguir apoyando la investigación de este problema para poder analizar y planificar estrategias efectivas de prevención y atención basadas en sus hallazgos.
- Por la relevancia del uso de las armas de fuego como uno de los métodos utilizados para el suicidio, es necesario educar a los padres o encargados y a los jóvenes mismos, sobre el riesgo de las armas de fuego como método letal y su disponibilidad (39, 40). Así mismo, es importante que todo gobierno incluya entre sus prioridades, métodos efectivos para el control y acceso a las armas de fuego y establecer normas /reglamentos para el que no cumpla con esas disposiciones.
- Utilizar los recursos que ponen a la disposición las organizaciones profesionales e instituciones.
- El uso de antidepresivos en los adolescentes puede incrementar las ideas suicidas y los intentos de suicidio, por esto es indispensable hacer un seguimiento juicioso durante las dos primeras semanas para controlar el riesgo que pueda generar la implementación de estos fármacos.
- Es indispensable indagar sobre la presencia de acoso escolar durante los primeros años escolares con el ánimo de establecer pautas que puedan generar herramientas de afrontamiento y resolución de problemas en las etapas previas a la adolescencia.
- Resulta de especial importancia tener en cuenta los antecedentes familiares y la historia de episodios afectivos previos para realizar un abordaje farmacológico adecuado.
- El fomento de la familia como estructura básica de una sociedad no pierde vigencia y se convierte en uno de los factores de protección contra conductas suicidas más claros. Por tal motivo, se hace indispensable promover dinámicas familiares que enriquezcan a nuestros hijos para que puedan asumir el reto de la adolescencia con

mayores herramientas y destrezas para combatir todos los estresores psicosociales a los que se ven enfrentados.

- Enseñarle las señales de alarma de depresión a los médicos generales y reducir el acceso a armas por parte de los adolescentes son de las estrategias más efectivas para reducir el suicidio.

CONCLUSIONES

Los adolescentes en nuestro continente y en muchas otras partes del mundo padecen de continuas violaciones a los derechos humanos, el deterioro socioeconómico y el desarrollo complejo de la violencia social, política e institucional, son generadores de una profunda degradación de las condiciones de vida, que muchos especialistas de la ciencia social consideran como coadyuvantes de los múltiples suicidios en crecimiento en Latinoamérica.

No es posible continuar sobre discursos sobre el desarrollo social y económico, si estos no revierten sobre unas condiciones sociales de vida que mejoren la situación social, económica y psíquica del adolescente.

La adolescencia es un reto inacabado del futuro donde se reflejan los aciertos y desatinos familiares y sociales, pero sobretodo del Estado.

Sólo un compromiso de los gobiernos, más allá de lo formal, que mejore la condición del adolescente de manera holística, permitirá un respeto de los derechos humanos del adolescente y afianzará su deseo y esperanza de vida.

El doctor Guillermo Carvajal, quien fuera presidente de la Asociación Latinoamericana de Psicoanálisis y fundador de la Academia Colombiana de Pedagogía y Educación, afirma que tenemos unos adolescentes que son tratados de manera libre por los padres, quienes temen castigarlos y reprimirlos y una escuela que no se preocupa por su formación y desarrollo personal. Son jóvenes y niños que viven tres realidades, comportándose con los padres de una manera, con los profesores de otra y entre ellos mismos de una manera diferente. Hay un caos terrible, niños y adolescentes están en riesgo de hacerse daño pero también de suicidarse. Son personas confundidas que no toleran la frustración, que se convirtieron en “carne de cañón” para matarse.

El tema de la crisis del adolescente ha sido invisible a la política pública. Se deben investigar los vínculos, emociones y afectos de los niños y jóvenes para entender sus comportamientos desbordados y prevenir el suicidio.

El suicidio de adolescentes puede ser considerado como un evento trágico presente en los países del mundo y que constituye una de las primeras tres causas de muerte de adolescentes (6). Es una forma de muerte prematura que puede prevenirse. La mayor necesidad es una consciencia del comportamiento suicida en los jóvenes y una respuesta de ayuda rápida en tiempos de crisis. Una sensibilidad que surja de los gobiernos, padres, personal de la escuela, del clero, de profesionales de primera ayuda (policía, bomberos, técnicos de emergencia) como también de los jóvenes. En otras palabras es una responsabilidad compartida y un compromiso de todos los miembros de la sociedad.

El suicidio se puede prevenir. Para ello es necesario tener recursos disponibles, accesibles y apropiados para esta población que faciliten la temprana identificación reducción de los factores de riesgo y se promuevan los de protección. Solo así se podrá llevar a cabo una intervención efectiva. Es de esperarse, que antes de que se pueda medir una reducción significativa en las tasas de suicidio se requerirá la presencia de los esfuerzos de prevención de manera consistente a través de los años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud, www.oms, Informe Mundial Violencia Autoinfligida.
2. Beautrais A, Mishara B: "World Suicide Prevention". Crisis 2008; 29 (2): 59-63.
3. Informe Organización Mundial de la Salud Internacional. Association for Suicide Prevention, 2008.
4. International Association for Suicide Prevention (IASP), www.iasp.info.

5. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al: Suicide prevention strategies : a systematic review . JAMA 2005; 294:2064-2074.
6. Greydamus DE, Calles J Jr: Suicide in children and adolescents. Prim Care: Clin Off Pract 2007; 34:259-273.
7. Martínez C: Introducción a la Suicidología, "Aportes para la Elaboración de un Programa Nacional de Prevención de Suicidio"; Lugar Editorial, Buenos Aires, Argentina 2005, 68-69.
8. Iris Wagman Borowsky, Marjorie Ireland, and Michael D. Resnick Adolescent Suicide Attempts: Risks and Protectors Pediatrics, Mar 2001; 107: 485 – 493
9. M. K. Nock, G. Borges, E. J. Bromet, C. B. Cha, R. C. Kessler, and S. Lee Suicide and Suicidal Behavior.
10. T. F. Locke and M. D. Newcomb Psychosocial Predictors and Correlates of Suicidality in Teenage Latino Males Hispanic Journal of Behavioral Sciences, August 1, 2005; 27(3): 319 – 336
11. Klomek, Anat Brunstein Ph.D et als. Childhood Bullying Behaviors as a Risk for Suicide Attempts and Completed Suicides: A Population-Based Birth Cohort Study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. March 2009-volume 48- Issue 3 pp 254-261
12. Lilian Salvo G; Roberto Melipillán A. Predictores de suicidalidad en adolescentes. Rev Chilena de Neuro-Psiquiatría. 2008 JUN;46(2):115-123
13. Hawton K, James A. Suicide and deliberate self-harm in young people. BMJ 2005; 330:891-894.
14. Brent D, Mann JJ. Familial pathways to suicidal behavior. N Engl J Med 2006; 355:2719-2721.
15. Portzky G, Audenaert K, Van Heeringen K. Suicide among adolescents. A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality-related risk factors. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005; 40:922-930

16. Sourander A, Aromaa M, Pihlakoski L, et al. Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15. *J Affect Dis* 2006; 93:87-96.
17. Lieb R, Bronisch T, Hofler M, et al. Maternal suicidality and risk of suicidality in offspring: findings from a community study. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1665-1671.
18. Speckens A, Hawton K. Social problem solving in adolescents with suicidal behavior: a systematic review. *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35:365-387.
19. Oquendo, M.A., Malone, K.M. Suicide: Risk factors and prevention in refractory major depression. *Depression and Anxiety* 5:202–211 (1997)
20. Tyano S, Zalsman G, Ofek H, et al. Plasma serotonin levels and suicidal behavior in adolescents. *Eur Neuropsychopharmacology* 2006; 16:49-57.
21. AACAP, Practice Parameters for the assessment and treatment of child and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001; 40 (7 suppl.): 24S-51S.
22. Gould MS, Greenberg T, Veltey DM, Shaffer D: "Youth Suicide Risk and Preventive Interventions": A Review of the Past Ten Years "Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2003; 42:386-388.
23. Remafedi G, French S., Story M, Resnick Md, and Blum R: The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study. *Am J Public Health* 1998; 88:57-60.
24. Fundación Americana Para la Prevención del Suicidio. American Foundation for Suicide Prevention; Recommendations for the media; <http://www.asfsp.org>.
25. Connor J, Rueter M. Parent-child relationship as systems of support or risk for adolescent suicidality. *J Fam Psychol* 2006; 20:143-155.
26. Gibbons R, Hur K, Bhaumik D, Mann JJ. The relationship between antidepressant prescription rates and rate of early adolescent suicide. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1898-1904.

27. Rihmer Z, Akiskal H. Do antidepressants treat (or) create depressives? Toward a clinically judicious formulation of the antidepressant-suicidality FDA advisory in light of declining national suicide statistics from many countries. *J Affect Dis* 2006; 94:3-13.
28. Simon G. The antidepressant quandary considering suicide risk when treating adolescent depression. *N Engl J Med* 2006; 355:2722-2723.
29. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:339-348.
30. Emslie GJ, Heiligenstein JH, Hoog SL, et al. Fluoxetine treatment for the prevention of relapse of depression in children and adolescents: a double-blind, placebo-controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43:1397-1405.
31. March J, Silva S, Vitiello B, and the TADS team. The treatment for adolescents with depression study (TADS): methods and message at 12 weeks. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45:1393-1403.
32. Compton SN, March JS, Brent DA, et al. Cognitive behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43:930-959.
33. The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Team. The treatment for adolescents with depression study (TADS): demographic and clinical characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44:28-40.
34. Pérez S. Grupos de riesgo. Una nueva estrategia para la prevención del suicidio. (Citado: 20.02.04). Disponible en: www.interpsiquis.com/2004 - formato htm.
35. Mardomingo MJ. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos SA, 1994.
36. Esser G. *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters*. Stuttgart: Thieme Verlag; 2002.
37. Schaller D, Pletter C. *Parámetros prácticos para la Evaluación y Tratamiento de niños y adolescentes con comportamiento suicida*.

Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 65, N° 2-Octubre 2001.

38. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, DC. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003; pp. 224
39. AAP, Committee on Adolescent. Firearms and adolescents. Pediatrics 1992; 89:784-787.
40. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, (AACAP); Información para la Familia, Los Niños y las armas de Fuego, No.37, revisado 7/2004.

**USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS EN LA NIÑEZ Y LA
ADOLESCENCIA**

DR. NILS NOYA TAPIA

INTRODUCCIÓN

Hacia 1965 tuve la experiencia de ver con carácter epidémico el consumo de inhalables o inhalantes en la ciudad de La Paz, sede de gobierno de la república de Bolivia. Eran niños entre 8 y 12 años que aspiraban, inhalaban y tomaban gasolina o nafta en el área del cementerio de dicha ciudad. Estos niños solían denominarla “ojitos” porque les producían alucinaciones visuales tipo caricaturas que divertía y gratificaba a estos consumidores. Eran niños de y en la calle, en número de unos 200, la mayoría huérfanos, de ambos sexos, de condiciones económico-sociales paupérrimas que vivían dentro del cementerio, cuidando y limpiando los diversos pabellones y mausoleos.

Hasta entonces no habíamos leído en la bibliografía este tipo de temas y eran para todos una novedad. Cuatro años más tarde, se presentaban en la ciudad de México D.F. donde realizaba mi residencia médica, los primeros casos de consumo y habituación a la marihuana en forma epidémica, La bibliografía médica sobre estos temas era prácticamente inexistente. Conocíamos los problemas relativos a morfina, meperidina y otros opiáceos pero eran muy esporádicos y generalmente asociados a la profesión médica y ramas afines. Que se trataban además con mucha discreción y reserva. Pero entonces, las condiciones eran diferentes, era una epidemia de consumo y paulatina dependencia que tomaba caracteres alarmantes. La problemática se complicaba además por la inclusión de la familia, de alteraciones de conducta implícitas en cada caso y lo que nos diferenciaba de nuestros pacientes psiquiátricos comunes eran las disfuncionalidades que se originaban a nivel familiar y social.

La presencia del festival de Woodstock en 1969 y las teorías de Timothy Leary abrieron las puertas al consumo masivo de drogas psicotrópicas de todo tipo y nos hicieron revisar nuestros conceptos de lo que conocíamos en aquellos años. Una feliz ocurrencia tuvo en 1973 el Dr. Guido Belsasso fundador del Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia de reunir a colegas latinoamericanos que de alguna manera estaban relacionados con el tratamiento y rehabilitación de drogas. Durante tres años consecutivos tuvimos en Cuernavaca reuniones de actualización sobre las diversas drogas psicotrópicas y causantes de dependencia, así como diversos tipos de tratamientos y alternativas de rehabilitación.

Ya en 1971/1973 tanto en el Perú los Drs. Raúl Jerí y Rafael Navarro y nosotros en Bolivia dimos a conocer los primeros casos de consumo y posterior dependencia a la Pasta básica de coca/cocaína (PBC) que eran una nueva forma de consumo compulsivo, adicción y dependencia de la cual no contábamos con ninguna bibliografía. Nuestras referencias eran de los consumidores y adictos al clorhidrato de cocaína desde 1888 pero nada nuevo que nos lleve a una posibilidad de tratamiento y rehabilitación.

Creo importante hacer conocer quienes en un momento fueron el puntal de la lucha contra las drogas desde la perspectiva médica en el ámbito latinoamericano:

Dr. Carlos Norberto Cagliotti Director del Centro Nacional de Rehabilitación Social

(CENARESO) en Buenos Aires Argentina

Dr. Nils Noya Tapia Director Medico Dirección Nacional de Sustancias Peligrosas - La Paz Bolivia

Dr.-Ayush Morad Amar.- Psiquiatra.-Sao Paulo Brasil

Lic. Augusto Pérez Gómez.- Psicólogo.-Director de La Casa Bogotá Colombia

Dr. Saúl Pacurucu.- Cuenca Ecuador

Dr. Wilson Cueva Román.- Guayaquil Ecuador

Dr. Raúl Jerí.- Neurólogo Lima Perú

Dr. Rafael Navarro Psiquiatra Lima Perú

Dr. Marcel Granier. Psiquiatra.- Caracas.-Venezuela

Dra. Ofelia Bachini.- Presidente del Acuerdo Sudamericano contra las Drogas.- Montevideo.- Uruguay

La mayoría de estos colegas ya fallecieron u otros aún trabajan en otra actividad, y pido disculpas en caso de haber omitido algún nombre, pero fueron la lanza inicial de la investigación, de la epidemiología, del tratamiento y de las pocas posibilidades que teníamos entonces de enfrentar a esta pandemia que aun no tiene visos de modificarse y que está atacando en forma primordial a nuestros niños y jóvenes cuyo cerebro en pleno desarrollo sufre los impactos importantes de la acción deletérea de estas sustancias psicoactivas.

He tratado en este artículo de limitar a los problemas relativos a la niñez y adolescencia, pero debemos realizar una explicación previa sobre la dependencia a las drogas y para ello me remito a diversos autores quienes tienen gran experiencia en estos últimos 37 años de historia de la dependencia a sustancias legales o no y de otras dependencias que no son necesariamente drogas y que se hallan en plena floración.

DEFINICIÓN

El término sustancia o droga hace referencia a aquellas sustancias con capacidad de producir abuso o dependencia. Se emplea con la intención de actuar sobre el sistema nervioso central para conseguir un mejor rendimiento intelectual o físico, con ganas de experimentar nuevas sensaciones o con la pretensión de modificar el estado psíquico de quien la toma. Así pues, se pretende conseguir la autogratisfacción, pero al mismo tiempo tiene un efecto dañino para el sujeto que la consume.

Entendemos por sustancia psicoactiva todas aquellas sustancias con capacidad para producir cambios psíquicos no necesariamente asociados a adicción.

Las sustancias que se utilizan con fines terapéuticos son denominadas fármacos o medicamentos.

¿A QUÉ NOS REFERIMOS CUANDO HABLAMOS DE ABUSO DE SUSTANCIAS?

Entendemos por “abuso de sustancias” un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo y recurrente relacionado con el consumo repetido de sustancias. Este patrón se manifiesta durante al menos un mes, en condiciones peligrosas o sin considerar los problemas asociados con su uso. No indica necesariamente dependencia, dado que a diferencia de ésta, no requiere de la presencia de tolerancia, ni síndrome de abstinencia a la retirada, ni tampoco presenta un patrón de uso compulsivo, pero si existen consecuencias dañinas de su consumo.

Se ha diferenciado el uso del abuso de sustancias. Aunque el uso de sustancias es un prelude necesario para el abuso, el uso de sustancias por sí solo no es suficiente para un diagnóstico de abuso.

¿QUÉ ES LA DEPENDENCIA?

Es un síndrome cerebral manifestado por un patrón comportamental en el cual el uso de una sustancia dada, o clase de sustancias, es de mucho más valor para el sujeto que otros comportamientos que alguna vez tuvieron alto valor. Consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella, existiendo un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingesta compulsiva de la sustancia.

Los adolescentes a menudo muestran tolerancia, sin embargo, no suelen padecer síndromes de abstinencia u otros síntomas de dependencia fisiológica.

¿QUÉ ENTENDEMOS POR TOLERANCIA?

Se entiende por tolerancia el estado de neuroadaptación caracterizado por la disminución de las respuestas a la misma cantidad de droga o la necesidad de dosis mayores para producir el mismo efecto. Se trata de un proceso

farmacocinético y farmacodinámico. No toda droga que causa dependencia llevará a la tolerancia.

¿QUÉ ES EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA?

Hace referencia a la presencia de un cambio desadaptativo del comportamiento, con concomitantes fisiológicas y cognoscitivas debido al cese o reducción del uso prolongado de la sustancia de la que el sujeto es dependiente. Su intensidad y curso temporal dependen de la frecuencia del consumo, de la cantidad de droga consumida y de las propiedades farmacocinéticas de la sustancia (absorción, unión a proteínas, liposolubilidad, metabolización, excreción, vida media...).

¿CUÁNDO HABLAMOS DE INTOXICACIÓN?

Entendemos por intoxicación un comportamiento mal adaptativo debido a la ingestión reciente de una droga que lleva a niveles séricos de la misma cercanos o superiores a los tóxicos con gran peligro para la vida del paciente o gran riesgo de secuelas posteriores. Depende de factores como la dosis, circunstancias que rodean al hecho y personalidad subyacente. Se desarrolla en el curso de minutos a horas y posterior al consumo masivo de la droga o del uso repetido. Las manifestaciones psicológicas más frecuentes son: Trastornos de orientación, conciencia y pensamiento, acompañados de trastornos del afecto, del movimiento, del ciclo sueño-vigilia, trastornos perceptivos y del lenguaje y convulsiones. El uso de gran variedad de sustancias psicoactivas es común entre los adolescentes. No obstante, y por lo que respecta al trastorno por abuso de sustancias, se calcula que la prevalencia está alrededor de un 6%. La existencia de este trastorno en poblaciones específicas de adolescentes a menudo es más alta, especialmente entre adolescentes con problemas emocionales serios. En algunos estudios de delinquentes juveniles o adolescentes con trastornos de conducta, la existencia de abuso de sustancias sobrepasa el 80%.

Los adolescentes varones muestran de manera uniforme cuotas más altas de uso y abuso de sustancias que las mujeres.

Algunos estudios han hallado diferencias de sexo también en la población general; para los hombres, la progresión hacia el uso de drogas ilegales

depende del uso del alcohol, mientras que para las mujeres, o bien un cigarro o bien el alcohol son una “condición suficiente” para la progresión a la marihuana.

Recientes investigaciones indican que la edad de inicio de este trastorno se sitúa en la adolescencia, pese a que la mayoría de adolescentes que consumen drogas no progresan hacia el abuso o la dependencia.

El período adolescente se caracteriza por un proceso de crecimiento cognitivo, emocional, social y físico. Debe formar una identidad separada y prepararse para relaciones apropiadas en la sociedad y en las relaciones individuales, incluyendo trabajo, matrimonio y familia. Dentro de este contexto, los adolescentes experimentan un amplio rango de actitudes y comportamientos. Entre estos comportamientos experimentales está el uso de sustancias psicoactivas. En primer lugar, las experiencias con el uso de sustancias la mayoría de veces tienen lugar en un contexto social con el uso de sustancias de “entrada” como el alcohol y los cigarrillos, que son legales para los adultos y están casi disponibles para los menores. Casi todos los adolescentes experimentan con las drogas “blandas”; progresivamente algunos adolescentes avanzan a niveles más serios de uso de sustancias, incluyendo el uso de la marihuana y otras drogas ilegales. El uso inicial puede suceder a causa de curiosidad o la disponibilidad de una sustancia. Parece haber una progresión predecible del uso de sustancias. El inicio temprano del uso de las sustancias y un progreso rápido son factores de riesgo para el desarrollo del trastorno por abuso de sustancias.

Los factores que contribuyen al uso temprano o al uso continuado incluyen sentimientos adolescentes de omnipotencia, influencias de amigos o presión de ellos, y factores culturales como la disponibilidad de sustancias.

FACTORES DE RIESGO

Existen factores de riesgo para el desarrollo del uso y abuso de sustancias en niños y adolescentes:

- *Los factores de riesgo familiares hacen referencia al uso paternal de sustancias, creencias de los padres y actitudes sobre el uso de sustancias, la tolerancia de los padres, falta de apego entre padres e

hijo o adolescente, falta de afecto paternal en la vida del niño, y falta de supervisión y disciplina apropiada.

- *Los factores de riesgo relacionados con los amigos incluyen el uso de sustancias por parte de estos y las actitudes de los amigos hacia el uso de las sustancias.
- *Los factores de riesgo individuales incluyen características tempranas de la niñez, como problemas de comportamiento tempranos, especialmente un comportamiento agresivo, fracaso escolar, comportamientos de riesgos, y creencias favorables y actitudes sobre el uso de sustancias.
- Las características de la comunidad o vecindario incluyen un estatus socioeconómico bajo, alta densidad de población, y niveles de criminalidad alto, que están asociados con un mayor uso de sustancias durante la adolescencia.
- Los factores de riesgo se relacionan dinámicamente con factores de protección; algunos factores parecen actuar a manera de resiliencia, incluyendo la inteligencia, la habilidad de resolución de problemas, la autoestima positiva, las relaciones familiares satisfactorias, los modelos de funcionamiento positivos, y la regulación del afecto.

PRONÓSTICO

El uso de sustancias puede interrumpir el correcto desarrollo del adolescente. Generalmente, el consumo de sustancias disminuye en la adolescencia tardía o al principio de la época adulta, sugiriendo así un proceso de maduración. La mayoría de adultos jóvenes descubren que no pueden desenvolverse de forma natural mientras continúan con el uso de sustancias. Los acontecimientos de la vida como son el matrimonio, paternidad o empleo disminuyen las probabilidades del consumo de sustancias.

El pronóstico de este trastorno está muy relacionado con las conductas derivadas del abuso de sustancias más que con el propio abuso. Los adolescentes que usan y abusan de las sustancias son más propensos a participar en comportamientos de riesgo, como conducir mientras están

intoxicados. También los adolescentes víctimas y perpetradores de violencia, tanto con como sin armas, a menudo están bajo la influencia de alguna sustancia o han tenido historias de abuso de sustancias.

El comportamiento sexual de alto riesgo es también más común entre los adolescentes que usan y abusan de las sustancias. La reducción de la capacidad de juicio y el aumento de la impulsividad a menudo producidas por la intoxicación conducen a una actividad sexual sin protección e insegura, con el subsiguiente embarazo o enfermedad de transmisión sexual.

Aunque no todos los adolescentes que usan o abusan de las sustancias poseen alto riesgo para el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH), el uso de sustancias por un adolescente plantea la cuestión de los factores de riesgo específicos del VIH y la consideración de unas pruebas apropiadas. Aunque los adolescentes constituyen un pequeño porcentaje de casos de VIH, los que abusan de las drogas intravenosas y el *crack* están entre los subgrupos de adolescentes con el mayor riesgo para contraer VIH.

Por último, las complicaciones médicas del uso de las sustancias son poco comunes entre los adolescentes. Las secuelas a largo plazo del uso crónico de sustancias pueden no ser aparentes hasta bien entrada la época adulta. Los especialistas deben estar familiarizados con los efectos principales psicoactivos y fisiológicos de las sustancias comunes de abuso.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los pacientes que presentan uso o abuso de sustancias, y frecuentemente padecen intoxicaciones, padecen alteraciones significativas del humor, conocimiento y comportamiento:

- Los cambios de comportamiento incluyen desinhibición, letargo, hiperactividad o agitación, somnolencia e hiperquinesia.
- Los cambios en el conocimiento se manifiestan en un deterioro de la concentración, alteración de la atención y de la percepción.
- Los cambios de humor pueden ir desde la depresión hasta la euforia.

Las manifestaciones sobre el uso de sustancias y la intoxicación varían con el tipo de sustancia usada, la cantidad utilizada durante un periodo de tiempo dado, el emplazamiento y el contexto del uso, y las características

del individuo, como la experiencia con las sustancias, las expectativas y la presencia o ausencia de otras psicopatologías.

En los adolescentes también se observa un deterioro en el funcionamiento psicosocial y académico. El deterioro puede incluir conflictos familiares o mal funcionamiento, conflictos interpersonales y fracaso escolar.

La preocupación por el uso a menudo se demuestra dejando las actividades que antes eran importantes y aumentando el tiempo utilizado en actividades relacionadas con el uso de sustancias. Mientras que el consumo de sustancias es más un comportamiento relacionado con factores sociales, el abuso está más relacionado con factores biológicos y psicológicos.

HERENCIA

Los estudios sobre gemelos y adopciones han señalado la probable contribución de los factores genéticos o de constitución como factor de riesgo para padecer este trastorno. Los marcadores biológicos específicos pueden diferenciar los individuos de alto riesgo frente a los de bajo riesgo para el trastorno por abuso de sustancias. Ciertos rasgos de comportamiento con una base biogénica pueden subyacer una vulnerabilidad hacia el trastorno en los adolescentes.

No obstante, pese a que se postulan mecanismos genéticos, ningún gen por sí solo provoca una tendencia hacia el trastorno. El abuso de sustancias puede ser uno de los muchos y posibles comportamientos problemáticos que surgen en los individuos de alto riesgo. Los niños de alto riesgo a menudo demuestran varias características que probablemente tienen un substrato biológico y una influencia indirecta sobre el riesgo. Algunos de estas características son disfunciones cognitivas o trastornos de auto-regulación del comportamiento; alteración de la atención y del razonamiento abstracto, falta de previsión y juicio.

Las características temperamentales también influyen en el riesgo, como por ejemplo la búsqueda de sensaciones y dificultades que afectan la regulación. Las investigaciones recientes concluyen que hay factores familiares que actúan como mediadores vulnerables hacia el consumo de sustancias. Si éste está presente en las figuras parentales representa un gran riesgo para el

abuso de sustancias en sus descendientes. La psicopatología paterna está también asociada con el abuso de sustancias en los descendientes.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA

El objetivo de la investigación clínica es determinar si existe un uso de sustancias o si el trastorno reúne criterios diagnósticos para el abuso de sustancias o dependencia. Debe realizarse una evaluación cuidadosa donde se incluya la historia sobre el consumo y abuso de la/s sustancias, junto a exámenes psiquiátricos y físicos. Debe determinarse también el funcionamiento psicosocial del paciente y el efecto que tiene el consumo de la sustancia sobre las diferentes áreas de su vida. También es importante determinar la presencia de trastornos asociados o concurrentes, como el comportamiento antisocial o los trastornos de humor, y la existencia de estresantes familiares o medioambientales.

Se debe determinar la presencia de problemas en una o más áreas de la vida del adolescente. Ha de establecerse el comportamiento de abuso de sustancias, los problemas psiquiátricos y de comportamiento, funcionamiento escolar o vocacional, funcionamiento familiar, competencia social y relaciones sociales, y el tiempo libre y el recreo. Tras analizar cada área a través de la entrevista u otro instrumento, cada área que demuestre algún nivel de déficit o mal funcionamiento debe ser evaluada más profundamente utilizando otros instrumentos o preguntas detalladas.

Por lo que respecta a la conducta de abuso de sustancias, la historia clínica debe cubrir:

- La conducta de consumo: cantidad, frecuencia [especialmente en los últimos 30 días], inicio, y tipos de sustancias utilizadas.
- Consecuencias negativas del consumo: escolar / vocacional, social / familiar, emocional / comportamiento, legal y física.
- Contexto del consumo: tiempo / lugar, uso con los amigos / actitud, consecuencias, expectativas, y medio social.
- Control sobre el consumo: percepción del abuso como un problema, intentos de detener o limitar el uso.

A causa de la naturaleza del trastorno, así como del componente negativo, el especialista debe esperar la evitación y la negación por parte del adolescente. Así pues, los instrumentos de análisis (para detectar el uso) incluyen medidas de laboratorio y cuestionarios de auto-informe.

USO DEL LABORATORIO EN LAS DEPENDENCIAS

La toxicología de la sangre y de la orina puede detectar la presencia de sustancias psicoactivas. La monitorización toxicológica está limitada por el tiempo necesario para obtener resultados. Existe una falta de correlación entre la concentración de drogas y los resultados observados, y riesgo de los resultados falso-positivo y falso negativo. Los métodos toxicológicos, sin embargo, proporcionan un chequeo de la veracidad del adolescente. Una monitorización positiva sobre la droga no prueba el abuso o la dependencia de sustancias pero indica el uso de las mismas. La efectividad de las monitorizaciones sobre la sustancia puede verse limitada por la breve presencia en el cuerpo de la mayoría de las sustancias del abuso y sus metabolitos. Los estimulantes son detectados en la orina durante 1 o 2 días. La cocaína y su metabolito principal están presentes al menos varios días. Las sustancias sedantes-hipnóticas son muy variables; su detección va de 1 día a 1 semana para las benzodiazepinas de larga duración hasta aproximadamente 2 meses de los barbitúricos de larga duración. Los opiáceos, como la codeína o la heroína, pueden ser detectados hasta 2 días después. El cannabis, que es un lípido soluble, puede ser detectado hasta un mes o más si su uso es crónico.

La cromatografía fina es un método común utilizado como un monitor de amplio espectro para las sustancias del abuso. Los métodos de inmunoensayo, se utilizan a menudo en prácticas clínicas para indicar la presencia de drogas específicas. Para obtener un resultado válido, un resultado positivo sobre el inmunoensayo se sigue por la confirmación por un método más sensible, como la cromatografía de gas / espectrometría de masas.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

La comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos es muy frecuente en los niños y adolescentes con Trastorno por Abuso de Sustancias. Dada la naturaleza de este trastorno, debe determinarse si los síntomas del trastorno comórbido estaban presentes antes o después del abuso de sustancias, ya que los efectos farmacológicos agudos y crónicos de las sustancias de las cuales se abusan pueden simular la mayoría de los síntomas psiquiátricos. Es importante, por tanto, que el especialista observe al paciente durante un periodo de abstinencia, antes de hacer un diagnóstico de comorbilidad. Se debe considerar la posibilidad de un trastorno inducido por sustancias, en el que los síntomas psiquiátricos son directamente atribuibles al abuso de una sustancia o una combinación de sustancias.

Numerosos estudios sugieren un alto grado de comorbilidad entre el abuso de sustancias y los trastornos de conducta. Entre los adolescentes que presentan un diagnóstico de abuso de sustancias, aproximadamente un 60% cumplen criterios diagnósticos de trastornos de conducta.

También se ha observado una elevada comorbilidad entre el abuso de sustancias y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). No obstante, ésta probablemente sea debida al alto grado de comorbilidad de ambos trastornos con el trastorno de conducta. Las investigaciones más recientes muestran que el Abuso de Sustancias es comórbido al TDAH sobre todo en aquellos pacientes en los que éste último persiste en la edad adulta.

Los trastornos del humor, especialmente la depresión, se manifiestan entre un 30% y un 50% de los adolescentes con abuso de sustancias. Algunas investigaciones señalan que la depresión suele ser secundaria al abuso. No obstante, la naturaleza de la relación entre los trastornos de humor y el abuso de sustancias es confusa, complicada en parte por los efectos que alteran el humor de muchas sustancias de las que se abusa.

Así mismo, los adolescentes con abuso de sustancias presentan mayor riesgo para un comportamiento suicida, desde el pensamiento a su realización.

Diversas investigaciones muestran altos grados de trastornos de ansiedad entre los adolescentes con abuso de sustancias. (43%) El orden de aparición de ambos trastornos parece ser variable, dependiendo del trastorno de

ansiedad específico. La fobia social a menudo precede al abuso de sustancias, mientras que los trastornos de ansiedad generalizada y de pánico suelen ser posteriores al abuso.

Otros trastornos que son comórbidos al abuso de sustancias son los trastornos bipolares, trastorno de estrés postraumático y esquizofrenia.

Existen diferencias respecto a la comorbilidad en función del género. Así, los trastornos externalizados se manifiestan en mayor grado en los chicos, mientras que los trastornos internalizados, como la depresión y el trastorno de estrés postraumático, se manifiestan más frecuentemente en chicas.

FASES DE TRATAMIENTO

El primer objetivo del tratamiento de los adolescentes con abuso de sustancias es obtener y mantener la abstinencia del consumo. Aunque la abstinencia debe permanecer como el objetivo a largo plazo, debemos tener en cuenta la cronicidad del trastorno. Por ello, la reducción del daño puede ser un objetivo interno e implícito aceptable para el tratamiento. Entendemos por reducción del daño una disminución en el uso y efectos adversos de las sustancias, una reducción en la importancia y la frecuencia de las recaídas, y la mejora en uno o más dominios del funcionamiento del adolescente, incluyendo el rendimiento académico o el funcionamiento familiar. No obstante, este objetivo se plantea como un objetivo interno, "el uso controlado" de cualquier sustancia de abuso no debe ser nunca un objetivo explícito en el tratamiento de adolescentes.

La abstinencia no es el único objetivo del tratamiento. El concepto de rehabilitación incluye el tratamiento de los problemas asociados y la mejora de las diferentes áreas de funcionamiento del paciente. Las intervenciones dirigidas a los trastornos comórbidos, a la mejora del funcionamiento familiar, relaciones interpersonales y rendimiento académico producen no solo mejoras generales en el funcionamiento psicosocial sino que también contribuyen a un mejor resultado en el cumplimiento del objetivo principal, consistente en obtener y mantener la abstinencia.

CARACTERÍSTICAS

Diversas investigaciones muestran las siguientes características del tratamiento como las más óptimas para obtener la abstinencia y grados de recaída más bajos:

Debe ser intensivo y de suficiente duración para obtener los cambios necesarios en la actitud del paciente y su comportamiento en relación al uso de la sustancia y las conductas relacionadas. El nivel de intensidad y duración dependen de las características específicas del paciente, como la frecuencia y cantidad de consumo de la sustancia, grado de motivación del adolescente y su familia, calidad de los apoyos sociales, presencia de otros trastornos psiquiátricos, y existencia o no de otras áreas de apoyo (vocacionales o psicosociales).

- Debe ser tan global como sea posible y enfocar las múltiples áreas de disfunción en la vida del adolescente.
- Debe implicar la familia y potenciar la mejora de la comunicación entre los miembros familiares. Es necesario incrementar y fomentar la habilidad de los padres para proporcionar de manera consistente una guía adecuada y establecer unos límites para sus hijos. En caso de que así sea, se ha de establecer el modelo de adicción de los padres y, si es posible, tratado.
- Debe ayudar a los adolescentes y sus familias a desarrollar un estilo de vida libre de alcohol y drogas. Esto incluye la participación en actividades lúdicas y sociales con amigos que no utilicen sustancias.
- Debe animar a los adolescentes a asistir a grupos de autoayuda.
- Debe estar sensibilizado con la realidad cultural y socioeconómica de los adolescentes, sus familias, y su medio ambiente.
- Los programas de tratamiento deben participar, en la medida de lo posible, en el sistema local de servicios sociales, justicia juvenil (si es aplicable) y el sistema escolar.

Es esencial el seguimiento, una vez finalizado el tratamiento requiere un seguimiento en el cual se refuerce la mejora y cambios obtenidos durante la fase de tratamiento.

- El tratamiento del abuso de sustancias en adolescentes debe ser multimodal.

Existen dos elementos básicos en el plan de tratamiento: valorar el emplazamiento más óptimo para llevarlo a cabo, y programar las modalidades específicas de tratamiento, la duración e intensidad de cada modalidad. Aunque la combinación de las modalidades de tratamiento puede ser determinada por la selección del emplazamiento para un tratamiento específico, el tratamiento del abuso de sustancias en el adolescente debe ser individualizado y basado en una evaluación minuciosa. La filosofía, conceptualización y modalidades básicas de tratamiento son similares a las del tratamiento del abuso de sustancias en adultos, si bien en los adolescentes se debe orientar básicamente por el grupo de iguales y debe reconocer los factores de desarrollo específicos del adolescente (incluyendo el área social), su nivel de desarrollo cognitivo, y su estatus como miembro dependiente de un sistema familiar.

La comorbilidad frecuente del abuso de sustancias con otros trastornos psiquiátricos requiere la atención específica de las alteraciones coexistentes.

ESCOGIENDO LUGARES DE TRATAMIENTO

Debemos tener en cuenta que la familia a veces es la primera en negar la enfermedad y resistirse a un tratamiento. Existen diferentes posibilidades en relación al lugar dónde se ha de realizar el tratamiento, entre las cuales se hallan:

- **Hospitalización total.-** Los criterios que determinan este tipo de tratamiento son los siguientes:
 - Adolescentes con trastornos psiquiátricos significativos (psicosis aguda, comportamientos suicidas, homicidas o de cualquier otro tipo de riesgo).
 - Adolescentes con una historia de fracaso del tratamiento en ambientes menos restrictivos.
 - Adolescentes con riesgo de abuso de sustancias o aquellos con una historia anterior de estos problemas.

- **Hospitalización parcial.-** es un emplazamiento estructurado apropiado para adolescentes que necesitan tratamiento intensivo pero no requieren control de 24 horas de su medio ambiente. Puede ser utilizada como un avance después de la hospitalización total. Los apoyos sociales estables, como la familia, son críticos **para el éxito de una hospitalización parcial.**
- **Centros de día.**
- **En comunidades terapéuticas.** Aunque este tipo de tratamiento es restrictivo, se caracteriza por ser menos intensivo que la hospitalización y tener una duración de al menos varios meses. Los adolescentes con trastornos importantes de personalidad, apoyos psicosociales inadecuados y una historia de fracaso del tratamiento hospitalario son candidatos apropiados para el tratamiento en una comunidad terapéutica. Este tipo de tratamiento incluye programas como el asesoramiento escolar y los grupos de auto-ayuda, así como oportunidades recreativas sociales (Ej. deportes) que ofrecen actividades supervisadas en un ambiente presumiblemente libre de drogas. Estas actividades deben ser utilizadas para facilitar el estilo de vida adolescente libre de drogas. La duración del tratamiento está determinada por la posibilidad de acceder a un emplazamiento menos restrictivo, como el domiciliario. Los criterios que predicen este cambio incluyen: el grado de motivación del adolescente y la capacidad para permanecer en la abstinencia y participar en un emplazamiento de tratamiento menos intensivo, la disponibilidad de apoyos sociales estables, y la mejora en los trastornos psiquiátricos coexistentes.
- **En el domicilio.** Esta opción de tratamiento es apropiada para aquellos cuya historia de tratamiento, estado clínico y circunstancias medio ambientales no pidan un emplazamiento de tratamiento más intensivo. Los adolescentes relativamente motivados, con apoyos medio ambientales estables y psicopatologías limitadas pueden beneficiarse del tratamiento domiciliario.

Los adolescentes con abuso de sustancias deben ser tratados en los emplazamientos menos restrictivos que sean seguros y efectivos. Los factores que afectan la elección de un emplazamiento u otro incluyen:

- La motivación y la voluntad del adolescente y su familia para cooperar con el tratamiento.
- La necesidad del adolescente para emplazamientos estructurados y limitados que no pueden ser proporcionados en un ambiente menos restringido.
- La necesidad de proporcionar un medio ambiente seguro.
- La habilidad del adolescente para preocuparse por si mismo.
- La existencia de condiciones médicas o psiquiátricas adicionales.
- La disponibilidad de tipos específicos de emplazamientos de tratamiento para adolescentes.
- Las preferencias del adolescente y su familia para un emplazamiento en concreto.
- El fallo del tratamiento en un nivel de cuidado menos restringido.

TIPOS DE TRATAMIENTO

El tratamiento del trastorno por abuso de sustancias requiere un enfoque multimodal donde se combinen diversas técnicas psicoterapéuticas y farmacológicas.

MODALIDADES ACTUALES DE TRATAMIENTO

- **Terapia cognitivo-conductual.** El objetivo es identificar y modificar los esquemas de pensamiento desadaptativos. Los adolescentes pueden reducir sus pensamientos negativos, sentimientos, y comportamientos, incluyendo el uso de sustancias y los comportamientos asociados. Un porcentaje significativo de adolescentes informan sobre distorsiones cognitivas y auto-afirmaciones negativas internas.

La prevención de recaídas es una aproximación cognitivo-conductual que ayuda al adolescente a desarrollar mayor autocontrol, identificar los factores personales y ambientales que llevan al uso de

la sustancia y la recaída, y desarrollar estrategias para tratar los estresantes evitando el uso de sustancias.

- **Terapias de conducta.** La mayoría de programas para adolescentes usan métodos de condicionamiento operante (es decir, recompensar y castigar a los adolescentes para conductas apropiadas e inapropiadas, respectivamente), como parte del programa de control de conducta del tratamiento hospitalario, la comunidad terapéutica o la hospitalización parcial. Los padres también pueden aprender tales métodos a través de un entrenamiento. Los contratos de contingencias permiten al adolescente y al personal del tratamiento identificar mutuamente problemas concretos y proporcionar refuerzos positivos en intervalos específicos hacia la consecución de determinados objetivos. Estos contratos de contingencias sirven como algo inmediato para que el adolescente se centre en los objetivos del tratamiento y se prepare para su contrato con los padres cuando regrese a casa. Los padres entonces deben continuar con el ejercicio apropiado controlando la conducta del adolescente, proporcionar consecuencias negativas ante la violación de las reglas, y proporcionar recompensas y otros refuerzos positivos para los comportamientos deseados.
- **Terapia familiar.** Las intervenciones familiares son críticas para el éxito de cualquier aproximación de tratamiento para los adolescentes con abuso de sustancias, porque un gran número de factores relacionados con la familia (un apoyo parental pobre, supervisión parental casi nula y pobre control del comportamiento del adolescente) han sido identificados como factores de riesgo para el desarrollo de abuso de sustancias entre los adolescentes. Aunque existen varias aproximaciones para la intervención familiar en este tipo de trastorno, todas tienen objetivos comunes:
 1. Proporcionar psicoeducación sobre el trastorno.
 2. Disminuir la negatividad familiar y resistencia al tratamiento.
 3. Ayudar a los padres y familia a iniciar y mantener los esfuerzos para llevar al adolescente al tratamiento adecuado y conseguir la abstinencia.

4. Ayudar a los padres y familia a establecer o restablecer estructuras familiares y establecimiento de límites consistentes, así como un control cuidadoso de las actividades y comportamiento del adolescente.
5. Mejorar la comunicación entre los miembros familiares.
 - **Grupos de autoayuda.** Los adolescentes que acuden a estos grupos reciben ayuda por parte de adolescentes que ya se han recuperado o antiguos miembros. Estos recuerdan al adolescente las causas negativas del uso, así como los beneficios de la abstinencia. El consejo y el apoyo para evitar o controlar las recaídas también es característica de estos grupos.

USO DE PSICOFÁRMACOS

Las áreas principales para el uso de psicofarmacoterapia en adolescentes con abuso de sustancias son las que siguen: desintoxicación, tratamiento de los efectos de la abstinencia, terapias sustitutivas, contrarrestar los efectos fisiológicos y subjetivos de las sustancias de las que se abusa, y el tratamiento de trastornos psiquiátricos comórbidos.

Los síntomas de abstinencia clínicamente significativos son infrecuentes en los adolescentes. En caso de que los hubiera, su tratamiento es igual que el de los adultos. La terapia sustitutiva en estos casos es muy poco frecuente.

Existe una importante falta de estudios que demuestren la seguridad y eficacia de la farmacoterapia para aminorar los efectos subjetivos de las sustancias, el uso de tales fármacos en los adolescentes debe reservarse sólo para aquellos adolescentes que son completamente dependientes y resistentes a otras formas de tratamiento. No obstante, se requiere una evaluación del riesgo de abuso del fármaco bien por el adolescente, su grupo de amigos, o miembros familiares, especialmente ante la presencia de una historia de abuso de fármacos. La supervisión adulta o paternal de la administración de la medicación puede controlar el abuso potencial realizado por el adolescente. El especialista también debe considerar los fármacos con un bajo potencial de abuso. El uso de fármacos específicos no debe considerarse hasta que se haya hecho una valoración profunda de los beneficios potenciales frente a los riesgos. El especialista debe controlar los

efectos adversos de la farmacoterapia y considerar la relación de estos efectos con el uso de sustancias. La mayoría de adolescentes que requieren tratamiento por abuso de sustancias presentan trastornos psiquiátricos comórbidos y por tanto requieren fármacos para estos trastornos, por lo tanto es importante la historia clínica completa del paciente para determinar los trastornos y su simultáneo tratamiento.

“La cosa a la cual son adictos no es la droga en sí: es el mundo de las drogas. El hecho de que paren de usar una droga no quiere decir que no van a empezar a usar otra,” dijo Elaine Schechtel, directora del programa de la dependencia química en el Centro de Salud Mental de Manhattan Superior en Nueva York

LOS INHALABLES O INHALANTES

Siendo este grupo de drogas el primero en haber sido hallado como elemento de epidemia en 1965, no se han realizado mayores investigaciones porque se trata de una sustancia legal para otros fines no necesariamente de adicción a drogas, sin embargo en muchos países latinoamericanos se convierten en un verdadero problema de salud mental y salud pública por las lesiones que producen y la poca posibilidad de rehabilitación. En muchos de los casos de nuestros países es la droga de inicio y luego del daño cerebral que produce el consumo de otras sustancias que causan dependencia es casi la regla.

Tabla 1: Prevalencia de vida de consumo de inhalables por país entre estudiantes por genero		
País	Hombres	Mujeres
Argentina	5,98	3,71
Bolivia	4,37	2,51
Brasil	17,77	15,48
Colombia	5,24	2,96
Chile	5,40	5,54
Ecuador	7,14	3,66
Paraguay	2,60	2,75
Perú	4,99	4,16
Uruguay	3,65	2,30

Por Marya Hynes Dowell y Pedro Mateu-Gelabert*

Dentro de este grupo de sustancias pueden citarse:

- 1) adhesivos: colas, tolueno, xileno, acetona, benzoles, benzaldehído
- 2) aerosoles-sprays-gases: gases propelentes, óxido nitroso
- 3) cementos plásticos: hexano
- 4) solventes de pinturas y relacionados: petróleo, butano, trementina, aguarrás
- 5) líquidos para limpieza: xileno, benzol, éter de petróleo
- 6) anestésicos: éter etílico puro
- 7) combustibles: bencina, naftas
- 8) thinner: hidrocarburos halogenados
- 9) vasodilatadores: nitrito de amilo, nitrito de butilo.

Tabla 2: Prevalencia de último año de consumo de inhalables entre estudiantes, según edad			
País	12-14 años	15-16 años	17- años
Argentina	2,28	3,08	2,62
Bolivia	0,60	1,56	1,90
Brasil	11,36	18,12	18,73
Colombia	2,01	3,93	5,90
Chile	2,17	2,97	2,45
Ecuador	2,21	2,50	2,03
Paraguay	1,44	1,58	1,59
Peru	1,65	1,81	2,17
Uruguay	0,78	2,45	1,57

Por Marya Hynes Dowell y Pedro Mateu-Gelabert

El consumo de estas sustancias presenta graves problemas sanitarios. Sus consumidores son principalmente marginales, especialmente niños, aunque la adicción también se da con relativa frecuencia en ciertos grupos profesionales. Las edades más frecuentes del uso crónico de inhalantes son al principio o al final de la adolescencia. Esto se debe en parte a la invitación o presión por parte de los compañeros de escuela y amigos, curiosidad e ignorancia de los efectos tóxicos e inseguridad personal. Lo más importante es la ignorancia del problema en la casa y la negación de los padres de que sus hijos puedan tener este problema. Los motivos del consumo se deben a la curiosidad, aburrimiento, falta de estímulos, desarraigo y falta de pertenencia. En el caso de los profesionales, el contacto habitual con las sustancias puede crear una adicción involuntaria; la adicción voluntaria es menos frecuente, aunque no excepcional. Generalmente estos productos son fáciles de obtener y están al alcance del adicto, son muy baratos, y no precisan de instrumentos para su uso. Asimismo, no es necesario contactar a un criminal para obtenerlos. Su uso puede hacerse en cualquier lugar, son fáciles de esconder y difíciles de detectar. Otro factor muy importante es el desconocimiento de las consecuencias y peligros de su uso.

Estas sustancias se consumen en ambientes marginales o de bajos recursos, donde son de las pocas drogas a las que tiene acceso fácil. Ello agrava el problema de una sustancia legal que es utilizada de forma incorrecta. La adicción a estas sustancias es el paso previo a otras drogas, llevando situaciones irreversibles. Esto suele ser desconocido tanto por la familia como por el entorno social, dado que estas sustancias pasan desapercibidas y no son relacionadas con adicciones. Hay tres grandes grupos de consumidores: 1) niños y adolescentes de poblaciones marginadas que consumen en grupo; 2) adultos que acceden al químico por su profesión o por asociación con grupos de personas con hábitos similares; 3) adultos marginales que inhalan las sustancias al igual que los niños, pero en solitario. El aspecto familiar es determinante para entender el fenómeno, habiéndose constatado cómo los inhaladores también presentan problemas con el alcohol, siendo de una clase social media baja y baja, y con problemas de abandono familiar.

El uso continuado provoca grave dependencia, creando una situación de necesidad de ingesta similar a otras drogas. A consecuencia de la rápida distribución por los pulmones, el inicio de la intoxicación es inmediato. Se relaciona el consumo de estas sustancias con conductas criminales y autodestructivas. La sensación de euforia primero y aturdimiento después, habitual con estos tóxicos, conlleva una perturbación psíquica grave que altera la inteligencia y la percepción. Está acreditado el fenómeno de la tolerancia respecto de los efectos en el sistema nervioso central, mientras que la dependencia física es discutida. El nivel de inteligencia disminuye, haciendo frecuentes los problemas escolares. Se presentan cambios y descuido en la apariencia física, falta de higiene, falta de atención, alteración de la memoria, disminución de la capacidad de abstracción y razonamiento, personalidad antisocial, agresividad, depresión, ataques de pánico, ansiedad y alucinaciones con trastorno en el juicio crítico y la percepción. Se presentan ataxia, oraciones incoherentes y precipitadas, diplopía, náuseas y vómitos. La interrupción de la inhalación, como así también una intensa aspiración, pueden provocar la muerte.

Pueden presentar psicosis tóxicas con daños cerebrales irreparables. Los inhalantes producen una fácil sugestionabilidad, dándose experiencias

alucinatorias colectivas, lo que da ejemplo de la complejidad de la intoxicación. También provoca sentimientos paranoides y excitación sexual. Se considera que la embriaguez por inhalantes es de mayor gravedad que la alcohólica, a pesar que los efectos de la intoxicación no son muy prolongados.

Uno de los inhalables adictivos más difundidos es el tolueno, sustancia presente en cierto tipo de pegamentos para cueros, gomas, cauchos, corchos, cartones, etc. Los efectos agudos acostumbra a durar entre 30 y 45 minutos. Las consecuencias sensorio-perceptivas del consumo de este tipo de sustancias son alarmantes, presentándose cuadros de exaltación, alucinaciones visuales, auditivas y táctiles.

El pegamento plástico y los correctores ortográficos contienen químicos adictivos, siendo muy utilizados por menores y adolescentes, habiendo aumentado considerablemente su consumo en los últimos años. En un principio, las primeras ingestas suponen un estado de euforia o subida del ánimo, pero tras instalarse la tolerancia que se desarrolla tras semanas o meses los consumidores habituados deben inhalar varios tubos de sustancia para alcanzar el efecto deseado. La intoxicación se caracteriza por euforia, excitación, sensación flotante, vértigo, habla farfullante y ataxia. La inhalación va acompañada de pérdida de inhibición con sensación de fuerza y capacidad no reales. La intoxicación otorga agresividad, euforia, exaltación y situaciones violentas, por lo que se potencian las posibilidades de comisión de delitos, a lo siguen, al igual que con el alcohol, periodos de amnesia donde el adicto no recuerda absolutamente nada de lo acaecido durante la intoxicación. En ocasiones aparecen alucinaciones visuales que pueden llegar a durar varias horas, lo que demuestra su gran potencial perturbador. Todo ello hace recomendable que padres y docentes realicen un control y seguimiento en la utilización de pegamentos y correctores ortográficos.

Los síntomas y efectos pueden ser muy variados, dependiendo del tipo de sustancia química y de la cantidad inhalada o aspirada. Frecuentemente hay olor o aliento a sustancias químicas, irritación de nariz, labios, boca o piel, manchas de sustancias químicas o pintura en la nariz, boca, manos y/o en la ropa. Los ojos suelen estar enrojecidos, algunas veces con movimientos

oculares laterales rápidos involuntarios (nistagmos). Los efectos inmediatos son: mareos, somnolencia, pérdida del equilibrio, falta de coordinación, embriaguez, temblores, alteración de la memoria, falta de concentración, lentitud de movimientos, lenguaje lento e incoherente. Puede seguir un estado de excitación, tensión muscular, aprensión, agitación, irritabilidad, cambios en la presión arterial y ritmo cardíaco. Se presentan cambios de conducta y personalidad, pudiendo presentarse casos de furia histérica y violencia verbal y/o física.

Debido a que el efecto dura de 15 a 45 minutos, el adicto tiende a inhalar nuevamente la sustancia tóxica. Pueden presentarse náuseas, vómitos y anorexia. Inmediatamente después del uso pueden presentarse convulsiones, estado de coma, y muerte súbita por arritmia, fallas cardíacas, asfixia, o accidente vascular cerebral. Luego de algunas horas, pueden desarrollarse acumulación de líquido e inflamación de los pulmones (edema pulmonar), hipoxia o anoxia, neumonías, convulsiones. El uso repetido o crónico deja daño permanente en el organismo: temblores, falta de coordinación, pérdida del sentido del equilibrio, reducción de la memoria e inteligencia, estados de depresión o psicosis, infartos cerebrales, trastornos del lenguaje y la memoria, epilepsia, trastornos en la sensibilidad y movimiento de las extremidades, daño al hígado y riñones, leucemia, bronquitis crónica, ceguera, sordera, daño cerebral permanente, problemas respiratorios crónicos.

CONSECUENCIAS ORGÁNICAS DE LA DEPENDENCIA A INHALABLES

Cerebelo.-es el centro de la mayoría de las funciones involuntarias del cuerpo. El abuso severo de inhalantes daña los nervios que controlan los movimientos motores, lo que resulta en pérdida de coordinación general. Los adictos crónicos experimentan temblores y agitación incontrolable.

- **Cerebro.-** las sustancias inhalables afectan diferentes partes del cerebro, provocando alteraciones sensoriales y psicológicas. Los estudios indican que estas sustancias disuelven la capa protectora de mielina que envuelve a las neuronas, dañando la corteza cerebral y pudiendo derivar en

muerte celular. Esto acarrea cambios permanentes de personalidad, pérdida de la memoria, alucinaciones y problemas de aprendizaje.

- **Corazón:** El abuso de inhalantes puede resultar en "Síndrome de Muerte Súbita por Inhalantes". Las dos sustancias que más frecuentemente han causado estas muertes son el tolueno y el gas butano. El gas freón interfiere en el ritmo natural del corazón, causando paro cardíaco. Los nitratos de amilo y butilo también afectan el ritmo cardíaco.
- **Hígado.-** Los compuestos halogenados, como el tricloroetileno, causan daño permanente al hepatocito. Los exámenes de transaminasas son siempre muy elevados
- **Medula Ósea.-**se ha probado que el benceno, componente de las naftas y gasolinas, causa leucemia.
- **Músculos.-** El abuso crónico de inhalantes causa desgaste de músculos, reduciendo el tono y su fuerza.
- **Ojos y Audición.-**El tolueno atrofia estos nervios, causando problemas visuales y pobre coordinación de los ojos. En nuestra experiencia produjo la aparición de cataratas tóxicas y deriva en graves posibilidades de cegueras. Además, destruye las células que envían el sonido al cerebro porque actúa como un anestésico potente.
- **Nervios periféricos.-** La inhalación crónica de óxido nítrico y el hexano resulta en daño a los nervios periféricos. Los síntomas incluyen: adormecimiento de extremidades, calambres y parálisis total. Ataxia.
- **Sistema Urinario:** El tolueno altera la capacidad de los riñones para controlar la cantidad de ácido en la sangre. Este problema es reversible cuando el consumidor no es crónico y el tolueno deja el cuerpo, pero con el uso repetido puede derivar en insuficiencia renal.

- **Sangre.-** Algunas sustancias como los nitritos y el cloruro de metileno (thinner de pintura), bloquean químicamente la capacidad de transportar el oxígeno en la sangre.
- **Los pulmones.-** El problema más grave en la economía es a los pulmones porque ellos reciben la irritación directa produciendo daño a la mucosa pulmonar y principalmente alveolar. Casos de asfixia se han reportado cuando la concentración de solvente desplaza totalmente el oxígeno en los pulmones. Pueden presentar espasmo de glotis por reacciones alérgicas. Además se presentan graves irritaciones en las mucosas nasales. Muchos químicos inhalables son potentes agentes causantes de cáncer.

LAS LUDOPATÍAS EN LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES

La adicción al juego es un problema de salud mental que se entiende como uno de los muchos tipos de problemas de control de impulsos que una persona puede sufrir. Los tipos de juegos de azar que las personas con este trastorno pueden participar en son tan variables como los juegos disponibles. Apuesta por el deporte, la compra de boletos de lotería, jugar al póquer, máquinas tragamonedas, ruleta o son sólo algunas de las actividades en las que los jugadores compulsivos participan. El lugar de elección para las personas con adicción al juego también varía. Pueden ser los casinos o disimular como bingos. o lugares de juegos por computadora a los que acuden los jóvenes cada vez en mayor número o finalmente en su propia casa donde permanecer horas jugando absteniéndose de hacer ejercicio o aún de comer adecuadamente

Si bien los juegos han encontrado una gran oportunidad de expandirse a través de **Internet**, transformándose en el medio a través del cual más personas puedan entablar partidas de juego como el póker con jugadores de distintos países, jugar competencias en línea o realizar apuestas para diferentes eventos sin tener que moverse de casa; también ha significado un alarmante crecimiento en los casos de ludopatía o juego patológico que no sólo involucra a adultos, que ahora engancha a niños y jóvenes.

Pese a que la mayoría de las páginas advierte al usuario que no se permite el acceso de menores, es imposible determinar la edad de quién decide ingresar, esto permite que cada vez más niños y adolescentes de entre 12 y 17 años se pasen las horas encerrados en sus habitaciones, completamente enganchados a los juegos y dando pie a una adicción que suele durar varios meses y que implica el distanciamiento de su familia y amigos, con el consecuente abandono de los estudios, incluso un gran porcentaje muestra malos modales y tienden a desarrollar agresividad y violencia.

Internet, ha significado la apertura de una nueva vía para acceder a todo tipo de juegos, es un hecho, que cada vez miles de hombres y mujeres se incorporan a los juegos de competencia o de azar a través de la intimidad que ofrece Internet, de modo que sin abandonar la seguridad de su hogar, se encuentran ante una máquina tragamonedas o disputando partidas de póquer u otras.

Este es el caso de un gran porcentaje de adultos y menores de edad que organizan todo su día para dedicárselo a la computadora, que es la llave para ingresar al juego. Ello se agrava con los sorteos, concursos y rifas emitidos por televisión, que despiertan el interés por el juego desde casa, incitando, como ya mencionamos, el acceso de menores de edad. Lo peor es que no hay voluntad de la comunidad para terminar con esto.

Uno de los indicios más reveladores es que un ludópata empieza a gastar más dinero de lo normal, esto va ligado a la pérdida de pequeñas cantidades de dinero en casa, si se trata de menores de edad. Para los más jóvenes, el paso posterior, es la ausencia en el colegio, y la falta de interés en el grupo de amigos y la familia, luego vienen los cambios de carácter que conducen a la irritabilidad.

Aunque se confirma que es muy difícil saber que una persona es ludópata, debido a que no suelen aceptar por iniciativa propia que tienen un problema, es recomendable recurrir al especialista si existe algún indicio de ello, como por ejemplo enterarse por medio de algún conocido de que un familiar juega a los tragamonedas o cuando los niños dedican demasiado tiempo a juegos como Play Station o Wii con juegos que se tornan objeto de dependencia.

Actualmente el fácil acceso a los casinos virtuales, juegos en línea, de cartas y máquinas tragamonedas que brinda Internet, ha motivado que muchos

jóvenes centren su atención en los juegos de azar y otros similares, dejando de lado sus estudios o actividades físicas. La facilidad de ingreso en los que utilizan las tarjetas de crédito de los padres, ha significado que cada vez más menores encuentren en las páginas de juegos de azar, un medio para parecer adultos, sin saber que están ingresando a una actividad que puede atraparlos por horas.

Viéndolo desde la perspectiva de un adolescente, jugar en estos sitios es lo más sencillo del mundo, toman la tarjeta de uno de sus padres, dan el número, y el casino virtual se encarga del resto. Primero les regalan pequeños porcentajes en las apuestas iniciales, y luego, pues lo que se puede esperar, al fin y al cabo es un negocio, y como tal, se trata de captar dinero.

Por ejemplo, nos damos cuenta en estos tiempos, que los jóvenes tienen mayor habilidad que los adultos para emplear la computadora, es como algo muy fácil de aprender y se puede llegar a pensar que han nacido con ello; sin embargo es la influencia del ambiente electrónico y cibernético. De todos modos es importante conocer si hay antecedentes genéticos en los pacientes ya que tal vez aunque no en todos los casos, pero si en la mayoría, donde algunas personas son más propensas que otras.

Estudios basados en genética molecular, que pretenden aislar genes que parecen más frecuentes en personas ludópatas, inciden en que los jugadores empedernidos, tienen con más frecuencia que otras personas, algunas variantes genéticas que tienen menor capacidad funcional en los sistemas responsables de la neurotransmisión cerebral.

Hay estudios que recomiendan a la prevención como fundamental para limitar el número de personas afectadas al juego, sobretodo en un momento en que abren nuevas vías para jugar y obtener un posible beneficio de forma instantánea, sobre todo para el paciente infantil y adolescente.

Para combatir este mal, los expertos abogan por el tratamiento personalizado, que se componga de la terapia en grupo para pacientes y para familiares, y la administración de fármacos. Respecto a ésta última vía, un estudio clínico pretende aclarar si los fármacos que se utilizan para el tratamiento de la depresión y otros trastornos podrían ser efectivos para tratar la ludopatía.

Sin embargo se debe señalar que no hay duda que la clave para la rehabilitación de la ludopatía es la voluntad del paciente en dejar esta adicción y por supuesto la ayuda y apoyo por parte de sus padres. Debemos observar que la mayoría de los niños y adolescentes ludópatas son personas en su mayoría abandonadas, víctimas de negligencia de los padres o cuidadores y que encuentran en el juego ese afán de gratificación cerebral similar a las drogas de abuso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barnett G, Hawks R, Resnick R (1981). «Cocaine pharmacokinetics in humans». *J Ethnopharmacol* **3** (2-3): pp. 353–66. doi:10.1016/0378-8741(81)90063-5. PMID 7242115
2. Controlled Drugs and Substances Act
3. Cronología de Freud y de la cocaína Lic. Liliana Vázquez Barrile y Alicia Donghi
4. Dorado, Guillermo.- Adicción a inhalantes .-Psiquiatría Biológica Argentina Editorial Gabas 2004
5. Fattinger K, Benowitz NL, Jones RT, Verotta D (2000). «Nasal mucosal versus gastrointestinal absorption of nasally administered cocaine». *Eur. J. Clin. Pharmacol.* **56** (4): pp. 305–10. doi:10.1007/s002280000147. PMID 10954344.
6. Gold M. S. Cocaine (and Crack): Clinical Aspects. In: Lowinson J. H.; Ruiz P.; Millman R. B. und Langrod J. G. (Hrsg.) Substance Abuse: A Comprehensive Textbook 2, 2. Aufl., Baltimore, Williams & Wilkins, 1992, S. 205.
7. Jeffcoat AR, Perez-Reyes M, Hill JM, Sadler BM, Cook CE (1989). «Cocaine disposition in humans after intravenous injection, nasal insufflation (snorting), or smoking». *Drug Metab. Dispos.* **17** (2): pp. 153–9. PMID 2565204.
8. Kalina Eduardo.- Las drogas psico-neuro-bio-socio-toxicas.- Psiquiatría Biológica Argentina Editorial Gabas 2004

9. Kalina , Eduardo.- Cocaína.- Psiquiatría Biológica Latinoamericana Tomo 1 Editorial Cangrejal.-1993
10. Kalina , Eduardo.- Cocaína Plan terapéutico.- Psiquiatría Biológica Latinoamericana Tomo 1 Editorial Cangrejal.-1993
11. Kalina, Eduardo.- MDMA Éxtasis.- Nuevos Aportes Latinoamericanos Tomo 2 Cangrejal Editores 1997
12. Liebowitz, Michael, R. (1983). The Chemistry of Love. Boston: Little, Brown, & Co.
13. Ministerio de Previsión Social y Salud Publica.- República de Bolivia.- La Prevalencia del Uso indebido de drogas en Bolivia Tomo 6.-1993
14. Noya Tapia, Nils- Aspectos biológicos de la dependencia a la cocaína.- - Psiquiatría Biológica Latinoamericana Tomo 1 Editorial Cangrejal.-1993
15. Noya Tapia, Nils.-Predecibles Biológicos en la Drogodependencia.- Nuevos Aportes Latinoamericanos Tomo 2 1997 Cangrejal Editores
16. Noya Tapia, Nils.-Coca Paste effects in Bolivia.- Cocaine Crisis.- Plenum Publishing Corporation 1987
17. Noya Tapia, Nils Coca and Cocaine, a Perspective from Bolivia.- NIDA Research 19.- International Challenge on Drug Abuse 1978
18. Noya T
19. apia, Nils .- Abuso y Dependencia de sustancias psicoactivas.- Capitulo 11.- Psiquiatría.- Renato Alarcón Guido Mazzoti .- Manual Moderno 2ª edición 2005
20. Playing Coca Politices in Bolivia Time/CNN
21. Cocaína
22. <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0165-14.pdf>
23. <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0078-08.pdf>
24. <http://www.ucm.es/BUCM/tesis/med/ucm-t26264.pdf>
25. Bundeskriminalamt



**IDENTIDADES URBANAS JUVENILES - UNA REALIDAD
CRECIENTE EN LATINOAMÉRICA**

SOCIOLOGÍA DE LAS TRIBUS URBANAS, Y LAS MARAS

PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE

FORJAR LA IDENTIDAD EN EL ADOLESCENTE - CRISIS Y ETAPAS

Erikson usó el término *crisis de identidad* para señalar la sensación de incertidumbre, confusión y ansiedad, que pueden sentir respecto de sus roles presentes y futuros, cuando tratan de definir ...

“¿En qué clase de persona puedo (o debo) convertirme?”

El mayor obstáculo que deben afrontar los adolescentes, es el establecimiento de la identidad, es decir, lograr un sentido firme y coherente acerca de:

- Quién es uno,
- Hacia dónde se dirige en la vida y
- En qué forma encaja uno en la sociedad.

Ello implica tratar de resolver muchas elecciones y compromisos importantes.

- ¿Qué valores éticos, sociales, políticos debo adoptar?
- ¿Quién soy como hombre o mujer, O como ser sexual?
- ¿En qué parte de la sociedad encajo?
- ¿Quién soy?

Todo esto es demasiado complicado para un adolescente.

LOGRAR LA IDENTIDAD IMPLICA:

- a. Establecer compromisos relativamente estables con una serie de valores y creencias (actitud ideológica),
- b. con una serie de objetivos profesionales y educativos (actitud ocupacional), y

- c. con una orientación de género que influye en los patrones de relación con hombres y mujeres (actitud interpersonal).

Esto tiene lugar a lo largo de un período de varios años de experimentación con actitudes y roles alternativos, especialmente durante la adolescencia tardía.

ESTADÍOS DEL DESARROLLO DE LA IDENTIDAD

- a. La formación de la identidad empieza con un **estadio difuso** en el que los jóvenes todavía no han establecido o no han comenzado a pensar en serio en los compromisos.
- b. A veces los adolescentes optan después por un **estadio prestado**, que consiste en un compromiso con una serie conveniente de creencias y objetivos sin explorar demasiadas posibilidades alternativas.
- c. Más a menudo, no obstante, al estado difuso le sigue un **estadio de moratoria**, que es un período de **incertidumbre activa y de valoración de alternativas**,
- d. Y finalmente, una resolución gradual de la moratoria hasta alcanzar el **logro de la identidad**.

En algunos casos, la formación de la identidad llega a **estancarse en los estados difuso, prestado o de moratoria**, y es frecuente que se produzcan **cambios progresivos y regresivos** entre ellos.

Quienes **no logran obtener una identidad cohesiva**, los que experimentan una **crisis de identidad** (es decir: “**el fracaso para conseguir la identidad del yo**” **durante la adolescencia**) exhibirán **una confusión de roles**.

No parecen saber quienes o qué son, a donde pertenecen o donde quieren ir.

Pueden alejarse de la secuencia de la vida (educación, trabajo, pareja) o buscar una **identidad negativa** en la delincuencia o las drogas.

ESTADÍOS PSICOSOCIALES DE LA IDENTIDAD

Se basan en el hecho de que los jóvenes hayan ya explorado o no las diversas alternativas y realizado compromisos firmes con dichas cuestiones.

1- LOGRO DE LA IDENTIDAD

Estado de la identidad que caracteriza a los individuos que han considerado en profundidad las cuestiones de identidad y han hecho compromisos firmes con su ocupación e ideología de vida.

“Después de mucho examen de conciencia, al fin sé en que creo y en que no”.

- Fuerte correlación positiva entre estado de obtención de la identidad y medidas efectivas de compromiso.

-Adolescentes comprometidos con elecciones ocupacionales e ideológicas.

-Estables comprometidos con metas realistas y capaces de enfrentar exigencias ambientales cambiantes.

-Se desempeñan mejor en tareas difíciles que los que experimentan confusión de roles.

2- MORATORIA

Estado de la identidad que caracteriza a los individuos que en la actualidad experimentan una crisis de identidad y están explorando las cuestiones que hacen a la identidad definitiva.

“Estoy evaluando mis creencias y espero ser capaz de decidir lo que está bien para mí”

-Todavía están en la crisis de identidad.

-Sus compromisos ocupacionales e ideológicos son vagos.

-Sostienen posiciones ambivalentes hacia figuras de autoridad y alternan entre la rebelión y la necesidad de ser orientados por ellas.

-Su comportamiento fluctúa entre la indecisión y la actividad y creatividad.

- También tienden a fantasear, a creer en fenómenos sobrenaturales y a disfrutar al comportarse de manera infantil.

3- DIFUSION DE LA IDENTIDAD

Estado de la identidad que caracteriza a los individuos **que no se cuestionan quiénes son y que todavía no se han comprometido con una identidad definitiva.**

”En realidad no he pensado mucho en ello y creo que no se con exactitudes qué creo”

Caracteriza a quienes no tienen compromisos ocupacionales o ideológicos en la adolescencia y que pueden no haber experimentado una crisis de identidad.

-Su **estilo de vida elegido** puede **rechazar activamente los compromisos** y en el extremo puede resultar en vagabundear a la deriva.

-Tienen relaciones distantes con sus padres, a los que ven como indiferentes y rechazantes.

4- EXCLUSIÓN DE LA IDENTIDAD

Estado de la identidad que caracteriza a los individuos que se han comprometido en forma prematura sin pensar profundamente por sí mismos.

“Mis padres me educaron así”

- **Adolescentes que no han experimentado la crisis de identidad,**

pero que están firmemente comprometidos con una ocupación y una ideología.

No obstante esos compromisos **han sido asumidos por los padres, y no por la elección deliberada del adolescente.**

- Tienen a ser rígidos y autoritarios, y a tener dificultades para afrontar situaciones cambiantes.

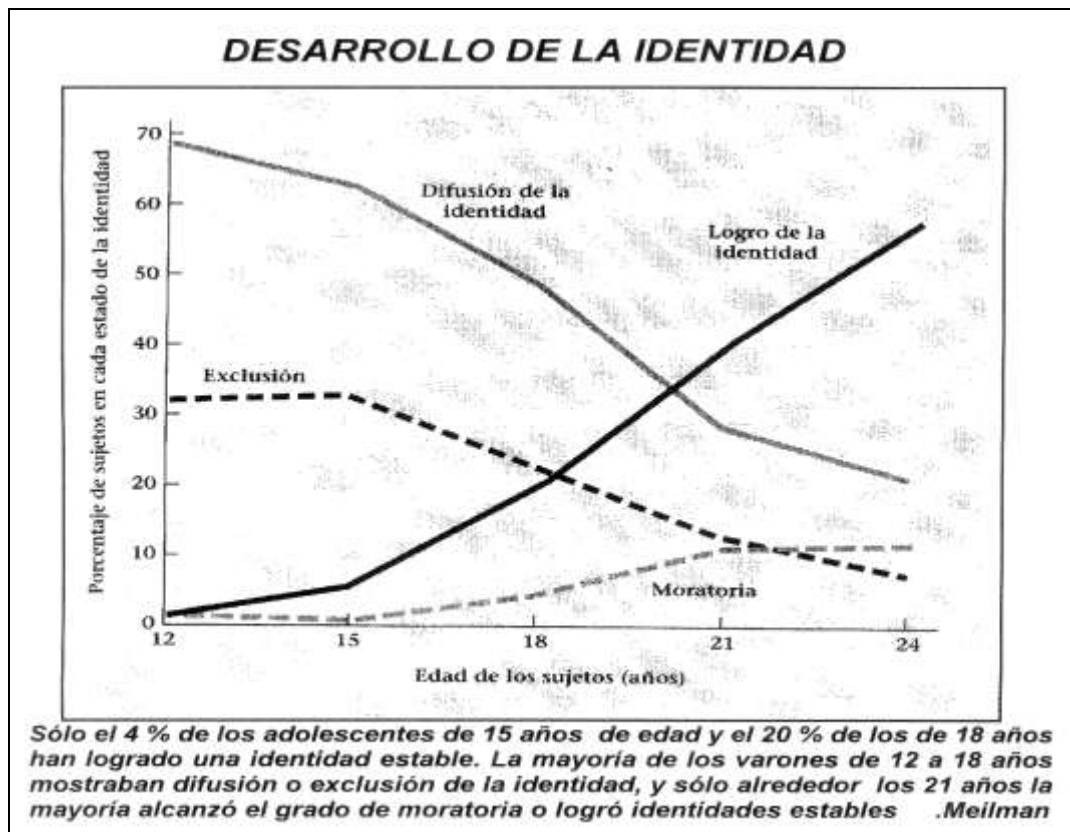
- Tienen a orientarse hacia el logro y a centrar su energía al exterior, más que a sus metas internas.

5- IDENTIDAD NEGATIVA O PRESTADA

Fracaso a largo plazo para forjar una identidad (depresión, inseguridad, baja autoestima).

“Es mejor convertirse en todo lo que se supone que uno no debe ser, que no tener identidad” (por ejemplo delincuente, antisocial o perdedor).

Como estudiantes tienen a ser cerebrales, filosóficos y cínicos.



Los porcentajes de cada uno de los cuatro estadios de identidad como función de la edad. Obsérvese que la resolución de la crisis de identidad ocurre después de lo que suponía Erikson:

Sólo un 4% de los jóvenes de 15 años de edad y el 20% de los de 18 años, han logrado una identidad estable. (Tomado de Meilman)

TRIBUS URBANAS

El ansia de identidad juvenil, entre el culto a la imagen, y la autoafirmación, a través de la violencia. Las tribus urbanas se presentan no sólo como potenciales fuentes de agresividad, sino como el resultado de innumerables tensiones, contradicciones y ansiedades...que embargan a la juventud contemporánea.

En el mundo de cultura occidental, durante los últimos años y especialmente en las grandes ciudades, se han formado grupos denominados **“Tribus Urbanas”**.

Hace poco tiempo que este fenómeno social ha tomado cuerpo tal como hoy lo conocemos, a pesar de que sus orígenes se pueden rastrear desde la década del '60 y aun del '50.

Las Tribus son urbanas, propias de las altas concentraciones de población porque la sociedad es su caldo de cultivo y la razón de sus rebeldías. Constituyen el rechazo a las normas sociales, el reclamo por las carencias afectivas, emocionales, educativas, laborales y tantas otras que la sociedad tecnológica no les brinda a muchos jóvenes.

En los últimos diez años las Tribus Urbanas han cobrado una visibilidad imposible de ignorar. Se trasplantan de países y de continentes con las mismas características y el mismo nombre, salvo algunas excepciones que son propias de cada cultura.

Se les ha dado el nombre de Tribus Urbanas a aquellas “pandillas, bandas o agrupaciones de jóvenes, que comparten la misma estética y comportamientos, por lo que se los ve similares, generalmente de forma llamativa y diferenciadora”. Poseen códigos comunes, jergas y, muy especialmente, comparten los gustos musicales.

Se reúnen en lugares fijos y tienen una muy débil línea ideológica, muy simple y que en la mayoría de los casos, es solo un rasgo menor.

¿Qué motiva a los jóvenes para integrarse a una Tribu Urbana?

El placer de formar parte de la Tribu proviene: de la supresión o suspensión del esfuerzo por adaptarse al mundo que los rodea, de la disminución o desaparición del sufrimiento que les produce tensiones psicológicas o emocionales, pues la distancia que los separa de un universo adulto o social que les resulta penoso. Otro motivo de integración es el rechazo al tener que aceptar el mundo adulto, sus reglas de pensamiento y cosmovisión socioeconómica con roles preestablecidos muy difícil, casi imposibles de evadir.

En contraste las Tribus ofrecen seguridad, contención y soporte afectivo como sustituto del amor y del reconocimiento social y laboral

Tienen Reglas que no se pueden infringir a costo de ser excluido de ellas.

LAS REGLAS

Las reglas se refieren a los siguientes temas, entre otros.

1. La autorización de actividades que están en los límites de la moralidad.
2. La habilitación del agravio a valores establecidos por los adultos como los patrióticos, racistas y religiosos.

3. La expresión de su irreconciliable rechazo al mundo adulto, se refleja en las manifestaciones de su lenguaje -desde sus jergas hasta los grafitis y leyendas que plasman en los espacios urbanos públicos.

4. La realización de actividades que están en los límites de la moralidad, para provocar la reacción de la sociedad -y en algunos casos de la familia.- y constituyen una forma de llamar la atención. Así, actividades sociales censuradas como el juego, la bebida, las drogas, el galanteo y las relaciones sexuales libres y sin compromisos, el relajamiento de los usos y costumbres, son los modos de relacionarse entre si, con otras tribus y con la sociedad.

5. Las actividades que se realizan dentro de la Tribu. son laxas y forman parte de su identificación, como la música y el baile, o su abstención de la danza, ya que el objetivo es simplemente estar juntos.

La perdurabilidad en el tiempo y la captación de nuevos adherentes se produce cuando el grupo primario:

1. Privilegia a la lealtad y la solidaridad de sus miembros.

2. Distingue los roles hacia el interior del grupo.

3. Fija objetivos diferentes a la mera complacencia del placer colectivo de estar entre pares. **Cuando crecen lo suficiente se tornan agresivos**, pues quieren tener un rol activo en la sociedad e imponer o disfrutar la trasgresión de las normas instituidas.

4. Amparados en su volumen y capacidad de disturbar se hacen cada vez mas hostiles y, por lo tanto, visibles socialmente.

En ese momento se convierten en Maras, como las que proliferan en América Central y en México. La más tradicional es la Mara Salvatrucha.

LAS MARAS

Este fenómeno de Bandas es denominado Mara cuando son muy numerosos y violentos. Sus integrantes y se tornan agresivos, ostensiblemente transgresores, provocando permanentes disturbios sociales. Con su conducta provocadora, las Maras ponen a prueba al contexto social con la trasgresión de sus límites y su interferencia en la vida cotidiana.

Las Maras son propias de las grandes urbes con numerosos jóvenes “carenciados”, empleando este término en su más amplia acepción.

Los jóvenes cuentan con la suficiente impunidad para actuar con mayor libertad, ya que en las grandes ciudades se ejerce menor control social.

Cuando las Maras se desbordan, se tornan peligrosas por el alto número de miembros,

La elección de la respuesta dependerá del grado de interferencia que tengan con la vida cotidiana, con el status quo, con el clima social, con el nivel social que se vea más afectado y con el reclamo de amplios sectores de la población.

LAS TRIBUS URBANAS COMO REEMPLAZANTES DE LA FAMILIA Y DE LA SOCIEDAD

Las Tribus son esencialmente “*comunidades emocionales*”, con sentido de pertenencia, códigos comunes, estéticas propias.

Son el ámbito propicio para el consumo de alcohol y drogas que les permiten evadirse, y saben que cuentan con espacios de la ciudad que le son propios.

Sus actividades y actitudes, usos y costumbres generan fuertes sentimientos de pertenencia, del que carecen en su entorno cotidiano.

El joven sabe que en “**su**” Tribu él es un “**individuo**” y no parte de la masa indistinta que para unos ofrece el barrio o la calle, para otros las instituciones educativas- formativas y para ambos y sobre todo, la familia.

Las Tribus “inventan” nuevas formas de vínculos sociales, de reglas que los rigen, de actividades que refuercen al grupo como una forma de vida. La política, como tal, no entra entre sus interés. Se los acusa de actitud pasiva o desinteresada fuera de su propio placer en la Tribu, También podemos creer que constituyen una forma fragmentada de resistencia practica, con o sin objetivo determinado. Esta mirada engañosa está ocultando que la Tribu es un caldo de fermento para la formación de corrientes de energía no evidentes y que de alguna forma encontrará cómo expresarse: con violencia, y bailes agresivos, con ejecución de música pesada, traspasando los límites sociales, dañando propiedades ajenas o corriendo riesgos vitales como en las “picadas”.

La violencia se manifiesta también en las agresiones entre tribus diferentes.

A veces la violencia es parte de la cultura tribal (como en el caso de los Skin) y otras veces, cuando la tribu crece en número, requieren más espacios públicos o deben luchar para mantener su identidad.

La neotribalización de los jóvenes responde a un fenómeno de hondo calado:

Se presenta como una respuesta, social y simbólica, frente a la excesiva racionalidad de la vida actual, al aislamiento individualista a que nos someten las grandes ciudades, y a la frialdad de una sociedad extremadamente competitiva.

Adolescentes y jóvenes suelen ver en las tribus la posibilidad de encontrar una nueva vía de expresión, **un modo de alejarse de “una normalidad que ya no les satisface”**, la ocasión de intensificar sus vivencias personales, y encontrar un núcleo gratificante de afectividad.

Se trata de una especie de cobijo y contención emotivos por oposición a la intemperie urbana contemporánea, que, paradójicamente, les empujaba a la calle.

ADOLESCENTES EN BÚSQUEDA DE SU IDENTIDAD

“Una tribu urbana es una subcultura que se origina y se desarrolla en el ambiente de una urbe o ciudad... Son grupos de personas (mayormente jóvenes) cuyas asociaciones están basadas en un mismo estilo de vida o actividades... Se caracterizan por mantener una estética característica... Suele ser acompañada de fuertes convicciones sociopolíticas o creencias religiosas o de carácter místico, dependiendo del movimiento o tribu urbana perteneciente.

Sin embargo, dentro de las tribus urbanas también se pueden encontrar personas denominadas *Poseur* (poser), que usan la estética y/o comportamiento de la tribu urbana, pero olvidando por completo la filosofía e ideologías propias del movimiento.”

Las tribus urbanas son un fenómeno social surgido ante la disconformidad de un mundo fuertemente individualizado. Se trata de grupos que intentan vivir al margen de la sociedad con su propia cultura y se diferencian del resto especialmente por la vestimenta particular.

El origen de las tribus urbanas se remonta al siglo XX, como resultado de todos los cambios y revoluciones que se estaban llevando a cabo en la época.

Fue a partir de los años 60 cuando se empezó a tener en cuenta ese paso tan importante de la infancia a la madurez, la adolescencia. Ese chico o chica de ciudad que se sentía abandonado por los adultos y el Estado, y con una necesidad de manifestarse, de expresar sus ideales ... se unía a otras personas con ideas y gustos comunes en busca ... de su identidad.

Como resultado de esa unión y de la fuerza que estos grupos iban adquiriendo, surgen las primeras tribus urbanas.

La música y la vestimenta son esenciales en su desarrollo, llegando a ser su forma de identificación.

TRIBUS URBANAS. SU ORIGEN

Comienzan a surgir varios grupos musicales y cantantes con los que los jóvenes se identifican e imitan su forma de vestir o su estilo.

Crean un espacio propio en el que el individuo se siente cómodo con las demás personas y comparte sus inquietudes, se sienten más fuertes y luchan contra todo lo que no les gusta.

En el fondo se trata de aunar fuerzas, de hallar un modelo a imitar y utilizar el grupo como un agujero donde, cual avestruz, poder agachar la cabeza ante posibles disconformidades.

Las tribus urbanas se conciben además, desde la categoría sociopolítica de lo "asistémico", es decir a partir de la horizontalidad social (rompe con todo lo jerárquico).

Las tribus urbanas componen una gran parte de las agrupaciones, juveniles mayoritariamente, en las que la gente se relaciona en su tiempo ocioso o simplemente por su modo de vida.

Estas tribus conforman una serie de cultura y arte a su alrededor para el desarrollo de su moral o estilo de vivencia y todas ellas vienen marcadas por una profunda carga emocional gracias a esa búsqueda por la realización personal o comunal.

Las tribus urbanas se caracterizan por mantener una estética canónica entre varios individuos de la misma tendencia.

Suele ser acompañada de fuertes convicciones sociopolíticas o creencias religiosas o de carácter místico, dependiendo del movimiento o tribu urbana perteneciente.

Sin embargo, dentro de las tribus urbanas también se pueden encontrar personas denominadas Poseur (poser), que usan la estética y/o comportamiento de las tribus urbanas, pero olvidando por completo la filosofía e ideologías propias del movimiento.

TRIBUS URBANAS - SOCIOLOGÍA

¿Quiénes son los jóvenes que se involucran con las tribus?

¿Por qué entran en esos grupos o pandillas?

Los jóvenes viven una época de profundas transformaciones, económicas y de valores, marcada por una sociedad de consumo ostentosa, con fuertes desigualdades sociales.

Esta realidad *suscita en el conjunto de la juventud tanto aspiraciones como frustraciones.*

La formación de pandillas está fuertemente asociada con las culturas juveniles y los procesos de afirmación de identidades,

Consisten básicamente en aglomeraciones reunidas en torno de actividades relacionadas con la música, el ocio y, a menudo, también con varias prácticas ilícitas.

Los jóvenes, tanto hombres como mujeres, adhieren a las pandillas en busca de un sentimiento de pertenencia, de modo que sus miembros comparten códigos específicos de lenguaje, ropa y comportamiento.

Sus integrantes tienden a ser solidarios entre sí, y son comunes las referencias a la pandilla como una especie de familia y un espacio de protección.

Entre las actividades desarrolladas por esos grupos, podemos citar la diversión, las pintadas, las disputas por espacios, los ataques a algún "enemigo" común o a pandillas antagonistas y, en algunos casos, los robos, asaltos, compra o venta de drogas y depredación.

Así y todo, la mayoría no llega a entrar en el tráfico de drogas.

Varios estudios muestran que estamos delante de jóvenes en situación de vulnerabilidad, con cierto descreimiento en la sociedad y en sus instituciones, y frustración, consecuencia de la falta de expectativas.

Lo inmediato, el aquí y ahora, así como el dinero, el prestigio ("tener ética"), el exhibicionismo, la emoción y la adrenalina son elementos atractivos de la tribalización y del "pandillaje".

Es imprescindible identificar la extensión y los significados de las diversas violencias construidas por las imágenes e interacciones establecidas en la Web.

Ya no se trata sólo de la territorialización tradicional de las calles, sino del espacio virtual, que ha demostrado ser un vehículo expresivo de construcción de vínculos, socialización, disputas, agresiones, exhibicionismo y nuevas formas de romper con el orden establecido.

Esos jóvenes también tienen sus potencialidades: quieren afirmar sus identidades y jugar con sueños.

TRIBUS URBANAS - REFERENTES A LA VIOLENCIA

Para intentar explicar el fenómeno de los jóvenes violentos, utilizaremos un modelo que se apoya en una serie de elementos o factores entrecruzados.



EL GRUPO

El grupo aporta sentido a la vida de los individuos. Les posibilita entrar en un "nosotros" lleno de significantes nuevos. Es el centro de gravedad del proceso de construcción de la Identidad del adolescente y el joven. En él adquieren validez y realidad los argumentos que el joven (o la joven) construye para diferenciarse del mundo familiar y de los significantes interiorizados en el proceso de socialización. En el grupo se redefinen los significados de las instituciones, la política, el futuro, la sexualidad, etc. Se intensifican las vinculaciones y se elaboran las ideologías necesarias para crear "enemigos virtuales" justificando la acción contra ellos.

El grupo ampara y defiende la seguridad física de los individuos, pero lo más importante es... la creación de una versión de las acciones que difumina y reparte la responsabilidad. Desculpabilizando a los agresores y liberándoles de los sentimientos de responsabilidad y culpa.

Las acciones cometidas son entendidas -definidas- como acciones de grupo, al servicio de objetivos grupales y por ello, su consideración y evaluación son diferentes.

LA IDENTIDAD

Se entiende como relato vital cargado de sentido y de historia, pero con proyección de futuro.

La historia vivida pertenece fundamentalmente al núcleo familiar, pero el camino por recorrer está necesariamente afuera.

Los jóvenes necesitan resignificar, reordenar y reinterpretar las experiencias vividas, para poder mirar hacia delante. En ese proceso, el individuo se compara con el resto de los miembros del grupo, que le ofrece algo más en la construcción de su propia identidad: “la posibilidad de crear un orden social nuevo, mediante la acción del grupo, y de enfrentarse a las antiguas demandas familiares”.

La violencia, en ese momento de la búsqueda de la identidad, tiene una función estratégica: destruir lo amenazante, buscar por medios violentos lo deseado, conseguir algún tipo de poder aunque sea imaginario. La violencia está al servicio de la identidad. Es una estrategia o un método para acentuar, reforzar, incluso para definir la identidad.

Esta última crea y defiende un territorio simbólico y, en ocasiones, también un territorio real (la calle, paredes para pintar grafitis, discotecas, campos de fútbol...).

En la actualidad, una parte de la lucha se da también en el territorio virtual.

LO SIMBÓLICO E IMAGINARIO Y LA IDEOLOGÍA

Dos ejemplos.

1-: Los jóvenes diferenciados por su atuendo (un **punkie** por ejemplo) reconstruyen su existencia y su presencia social anunciando, además, intenciones diferentes a lo convencional al menos; el rechazo fóbico a indumentarias e imágenes diferentes a la propia es paralela al enganche afectivo-sentimental o la propia indumentaria.

2-: En la creación y defensa del territorio simbólico el imaginario polariza la percepción de la realidad, crea enemigos, acentúa su importancia, cristaliza en ellos emociones y los enviste de maldad (un heavy o un inmigrante para un skin, pongamos por caso).

Lo imaginario simplifica la realidad, polarizándola en un mundo de buenos y malos. Por eso, las realidades y los territorios “imaginarizados” se acompañan de sentimientos básicos de amor y odio. Así se prepara el camino de las agresiones.

LA ARGUMENTACIÓN IDEOLÓGICA DE LOS VIOLENTOS

Lo imaginario a secas duraría poco y se hace incomunicable, por eso es necesaria la formulación de una ideología, Se trata de una cosmovisión o conjunto de valores y construcciones argumentativas que permite sostener la coherencia y la validez lógica de ciertas representaciones imaginarias.

La ideología da coherencia a las acciones, les da sentido y los amplía, conectándolos con el pasado y proyectándolos hacia el futuro.

Por eso en la ideología de la violencia tienen tanta importancia las figuras carismáticas que recogen lo mítico del pasado, designan a las víctimas, ofrecen un sentido para las acciones agresivas y, finalmente, justifican las agresiones contra aquellos.

La obsesión por el control de lo diferente a cualquier precio es objetivo prioritario.

Los grupos que asumen una ideología totalitaria tienen niveles altos de violencia, defendiendo métodos agresivos y confirman una representación de la sociedad imposible de igualdad, homogeneidad y funcionamiento de un mecanismo democrático perfectible.

LAS CULTURAS JUVENILES COMO METÁFORAS DEL CAMBIO SOCIAL

Las tribus urbanas se presentan no sólo como potenciales fuentes de agresividad, sino como el resultado de innumerables tensiones, contradicciones y ansiedades...que embargan a la juventud contemporánea. Muchos estudiosos de la juventud han señalado que las representaciones y prácticas juveniles debieran ser leídas como “metáforas del cambio social”.

Aceptar este planteamiento, permitiría romper con ciertas lecturas lineales, que sólo atienden a las actitudes contestatarias o impugnadoras de los jóvenes, y en lugar de ello privilegiar un acercamiento a los grupos juveniles, en términos de cambio social,

Es decir, "hacer hablar" al conjunto de elementos, que entre los jóvenes, apuntan a...

- "nuevas" concepciones de la política,
- "nuevas" concepciones de lo social,

- "nuevas" concepciones de la cultura, y
- A los modos de relación con el propio cuerpo,
- A los modos de relación con las instituciones, y
- A los modos de relación con los elementos socio culturales,

Porque el análisis de estas dimensiones, revela las formas y contenidos que puede ir asumiendo la sociedad.

El de las tribus urbanas son un fenómeno social surgido ante la disconformidad de un mundo fuertemente individualizado. Se trata de grupos que intentan vivir al margen de la sociedad con su propia cultura y se diferencian del resto especialmente por la vestimenta particular.

El origen de las tribus urbanas se remonta al siglo XX, como resultado de todos los cambios y revoluciones que se estaban llevando a cabo en la época.

Fue a partir de los años 60 cuando se empezó a tener en cuenta ese paso tan importante de la infancia a la madurez, la adolescencia.

Ese chico o chica de ciudad que se siente abandonado por los adultos y el Estado, y con necesidad de manifestarse, de expresar sus ideales, que se une a otras personas con ideas y gustos comunes... en busca de su identidadComo resultado de esa unión y de la fuerza que estos grupos iban adquiriendo surgen las primeras tribus urbanas. La música y la vestimenta son esenciales en su desarrollo, llegando a ser su forma de identificación.

Comienzan a surgir varios grupos y cantantes con los que los jóvenes se identifican e imitan su forma de vestir o su estilo.

Crean un espacio propio en el que el individuo se siente cómodo con las demás personas y comparte sus inquietudes, se sienten más fuertes y luchan contra todo lo que no les gusta.

En el fondo se trata de aunar fuerzas, de hallar un modelo a imitar y utilizar el grupo como un agujero donde, cual avestruz, poder esconder la cabeza ante posibles disconformidades.

Las tribus urbanas se conciben además, desde la categoría sociopolítica de lo "asistémico", es decir a partir de la horizontalidad social (rompe con todo lo jerárquico).

Las tribus urbanas componen una gran parte de las agrupaciones, juveniles, en las que la gente se relaciona en su tiempo ocioso o simplemente por su modo ver la vida.

Estas tribus conforman un sistema de cultura y arte para el desarrollo de su ética o estilo de vivencia y todas ellas vienen marcadas por una profunda carga emocional gracias a esa búsqueda por la realización personal o comunal. Se caracterizan por mantener una estética canónica entre varios individuos de la misma tendencia.

Suele ser acompañada de fuertes convicciones sociopolíticas o creencias religiosas o de carácter místico, dependiendo del movimiento o tribu urbana perteneciente.

PANDILLAS Y MARAS

Las pandillas juveniles "son un fenómeno social muy común, que pueden encontrarse con frecuencia en casi todas las sociedades del mundo, aunque mayoritariamente son grupos efímeros de jóvenes que se juntan para expresarse con comportamientos antisociales que forman parte de su desarrollo".

Las maras son organizaciones colectivas mucho más definidas, que exhiben una continuidad institucional, una participación regular en actividades ilícitas. Consideradas las bandas más violentas, las maras dominan Centroamérica y se expanden por todo el mundo, en una temible asociación con los carteles de la droga.

Estilo marero. Cabeza rapada, pantalones muy holgados, tatuajes (se graban una lágrima por cada asesinato cometido), música rapera, drogas y alcohol

LOS ORÍGENES - LA GUERRA CIVIL EN EL SALVADOR

Los Ángeles, los 70 y los 80

Las guerras internas que devastaban sus países, particularmente El Salvador (cifras oficiales dan cuenta de 25.000 muertes, producto de la represión ejercida allí entre los años 70 y 80), empujaron a una cantidad de inmigrantes hacia Los Ángeles, California, apenas con lo puesto, que no era otra cosa que el valor de la propia vida.

De aquella inmigración emergente de la miseria surgiría la Mara 18, que rápidamente iba a convertirse en feroz rival de la Mara 13, o Mara Salvatrucha, formada también por inmigrantes salvadoreños que habían llegado a California diez años antes.

El término "mara" es un acortamiento de marabunta, nombre que define a una de las especies de hormigas que se distingue de las otras por arrasar con todo lo que encuentra en su camino.

Mara 18 se inspira en pasajes bíblicos al evocar el número de la bestia "666" ($6 + 6 + 6 = 18$). Según otras versiones, indica su lugar de nacimiento: la 18 St. (calle 18) de Los Ángeles.

La MS 13, o Mara Salvatrucha, su nombre se desglosa en "salva", por ser originarios de El Salvador, y "trucha" -a diferencia del sentido que se le da en la Argentina-, por ser listos y alertas.

El rasgo distintivo de estas dos Maras es la lucha por el dominio del barrio, antes en Los Ángeles como ahora en El Salvador.

Se trata de un producto social originado por el sistema que ha excluido a inmensas mayorías de esos países obligándolas a emigrar, las que hacen lo que se puede para sobrevivir, incorporando el producto de una guerra, el aprendizaje en el sub-mundo del crimen organizado, la transculturación de los deportados y las mismas condiciones de exclusión que continúan vigentes en cada lugar.

Originadas por el retorno a Centroamérica de enormes cantidades de emigrantes deportados por delincuencia desde Estados Unidos, transfieren las condiciones para recrear en el plano nacional, aquellas condiciones de marginalidad, violencia, delincuencia y supervivencia, aprendidas y desarrolladas por los deportados en los distintos lugares en los cuales lograron su estadía.

A ello se agregan los jóvenes de sectores sociales marginados locales, conformando una amenaza social por la eventual violencia con la que actúan tanto hacia afuera como hacia adentro de estos grupos.

Con el aumento de personas que retornaban, el fenómeno social se hizo no sólo nacional, también regional, de forma que hacia los inicios del siglo XXI, en casi en todo Centroamérica se conoce como "Maras" a las agrupaciones juveniles principalmente, ya sean de tipo delictivo, de crimen organizado o simples reuniones de vecinos jóvenes con algo en común.

De manera adicional el fenómeno se agrava a partir de la introducción de drogas de amplio consumo como el crack, marihuana, pegamento o inhalantes, heroína y otras, las que son comercializadas y consumidas en el país por estos grupos de pandilleros.

RAÍCES SOCIALES

Por su conformación social tanto en su lugar de origen como el de destino, de jóvenes sin oportunidades laborales, sin educación, sintiéndose excluidos en sus países de origen y sin mayor aceptación en el país receptor, son caldo de cultivo ideal para el crimen organizado que les encarga tanto de manera directa como indirecta, realizar sus acciones delictivas de todo tipo, desde pequeñas actividades a nivel de barrios o vecindarios, hasta acciones tipo comando de asaltos o crimen por encargo, ligado a actividades de drogas, su comercialización y las disputas de mercado entre bandas rivales.

LAS CONDICIONES PREVIAS

1- LA POBREZA

De la época de la guerra aprendieron que las disputas entre personas o grupos las gana el más violento (escuadrones de la muerte, ejército y policía, cuerpos especiales anti subversivos, grupos guerrilleros etc.), que el método más permanentemente utilizado por sus mayores era siempre violento, siendo algunos de ellos testigos o víctimas directas del uso de la violencia en contra de sus propios familiares por quienes se suponía estaban para defenderlos o protegerlos, como representantes militares o policiales de la autoridad gubernamental.

Con todos estos antecedentes estos jóvenes tienen ya tal estado mental y social, como recursos previos que dan lugar a empleo de las herramientas más letales para utilizarlas, ya sea para su supervivencia o para sus actividades cada vez más criminales.

2-HOGARES DESINTEGRADOS

La mayoría provienen además de hogares pobres, sin ingresos suficientes para su mantenimiento o desarrollo, desintegrados, con ejemplos de violencia intrafamiliar de todo tipo en contra de las mujeres de la familia, sin la tolerancia necesaria, eventualmente extrañados del hogar por medidas arbitrarias de sus mayores, encargados o responsables, y sin el aprendizaje regular de la escuela, la cual todos han abandonado en su momento, vuelven de forma instintiva a la aplicación de mecanismos de defensa como grupo, como pandilla, que sólo conoce la violencia como forma apropiada de conducirse.

3- EL ENTORNO

El entorno facilita que los integrantes de las bandas se conviertan en consumidores habituales de droga, con lo que se retroalimenta la espiral del delito. Todo ese entorno hace a sus participantes muy vulnerables para el consumo de drogas, con lo cual se vuelven dependientes que consiguen sus recursos para el consumo de la manera más inmediata posible. Entre ellas cualquier forma de delito que produce ingresos rápidos, con lo que su situación se vuelve un círculo vicioso cada vez más peligroso para ellos y para los demás, sobre todo las personas que por sus ocupaciones, actividades y recursos están en el ámbito de circulación y presencia de tales grupos.

La MS 13, o Mara Salvatrucha, se desglosa en "salva", por ser originarios de El Salvador, y "trucha" -a diferencia del sentido que se le da en la Argentina-, por ser listos y alertas.

El rasgo distintivo de estas dos Maras es la lucha por el dominio del barrio, antes en Los Ángeles como ahora en El Salvador.

LA ESTÉTICA MARA ES EL TATUAJE

Aunque ya no es excluyente como antes (la penetración de mareros en el ámbito de la política y en el submundo del narcotráfico y del narcoterrorismo hace que sus integrantes se mimeticen con el ciudadano común para pasar lo más inadvertidos posible), el uso de tatuajes sigue presente en los estratos más bajos de las pandillas, ya que representan su pertenencia a una u otra organización. Se caracterizan por tener la cabeza rapada, usar pantalones muy holgados, escuchar música rapera y tatuarse una lágrima por cada asesinato que cometen.

Marihuana, cocaína, heroína y crack son elementos insustituibles en su vida. Tan insustituibles como la cerveza, el ron, el tequila y el guaro, una bebida que se produce con la caña de azúcar.

¿QUÉ DISTINGUE A LA PANDILLA DE LA MARA?

Una **PANDILLA** está compuesta, en un 90% de los casos, por chicos que emergen de la exclusión social y se juntan para tener un poder que individualmente no tienen y que creen que van a obtener mediante esa unión.

Son chicos que están con el merodeo de la marihuana, del paco, delitos menores.

Esos mismos chicos, con el paso del tiempo y debido a una necesidad de tener más poder, son puestos en una especie de panóptico para los verdaderos narcoterroristas.

Es decir, están observados por éstos últimos para saber cuáles son los más aptos para trascender la pandilla.

Su mundo **LAS MARAS** es el crimen organizado, el narcoterrorismo, los escuadrones de la muerte. Cooptan a los pandilleros y los mandan a cometer delitos que los cabecillas del narcoterrorismo no realizarían. De ese modo, los chicos dejan las pandillas, dejan la lucha por el barrio y pasan a la disputa por la frontera. Mientras las pandillas luchan por el barrio, las Maras lo hacen por las fronteras, ya que quienes controlan las fronteras dominan los hilos sociales del poder, del narcoterrorismo.

EL PASO DE LA PANDILLA A LA MARA

Cuando empiezan a crecer dentro de la pandilla y se perfeccionan en el delito, empiezan a ser mirados por los carteles de la droga. En el centro de la cooptación. Los narcos empiezan a ver qué chicos de distintas bandas tienen características mentales y actitudes en materia de acción funcionales para la cooptación. Así se inicia un proceso de conformación de lo que he dado en llamar narcomaras. Hacen el trabajo que los narcos no harían.

Los trabajos menores, como el "narcomenudeo", ser señuelos, o mulas, hasta alcanzar escalones de relación con los grupos del poder político y económico. Pasa a la Mara cuando empieza a relacionarse con el crimen organizado.

Las Maras que buscan el dominio de las fronteras, a veces, no siempre, se separan del crimen organizado relacionado con el narco. Por eso, en la frontera también está la puja entre los distintos carteles de la droga, entre los desprendidos de las pandillas que ya se organizan con un cabecilla narco que los alinea.

LOS NARCO-MARAS

Ser marero no es sencillo y tiene sus ritos y sus códigos. Una vez que alguien ingresa en una Mara, jamás podrá abandonarla. De intentar hacerlo, le costaría la vida. Los jefes maras sólo admiten una excepción: convertirse en evangelista, que es la fe que los une.

Una de las formas de iniciación de la Mara Salvatrucha es que el candidato se someta a 13 segundos de brutal golpiza sin que pueda defenderse. Si sobrevive a eso, será un Mara. Por último, y como forma extrema de iniciación, el candidato deberá asesinar a un miembro de una organización enemiga.

ENFOQUE SOCIAL

Es necesario reconocer que son actores sociales con formas particulares de mirar el mundo y de intervenir en él, colaborar para que tengan un sentimiento de confianza y pertenencia a la sociedad. Es fundamental una nueva mirada sobre la juventud, que fomente su inclusión y emancipación, y que amplíe una red de protección social, con oportunidades de estudio y trabajo, Con una política de combate a las diferentes formas de violencia existentes, que promueva espacios de arte, cultura, deporte y ocio, que otorgue respuestas globales y continuas, con políticas integradas y transversales y, sobre todo, que confíe en nuestras juventudes.

PROPUESTAS DE REACCIONES POSITIVAS POR PARTE DE LA SOCIEDAD

FRENTE AL FENÓMENO DE LAS TRIBUS URBANAS.

Se debe disminuir su impacto: es el curso de acción mas efectivo pues mientras existan los generadores de las Tribus, estas seguirán formándose.

Disminuir su Impacto implica:

1.-Llevar a cabo Políticas Sociales que:

- Amparen a la familia, que le garanticen la constitución de un clima emocional que contenga a todos sus miembros, que se respeten los roles de padre y madre con un status y de hijos con otro.
- Disponer de Servicios Sociales que atiendan a la familia en forma integral de modo que no sea ésta quien expulse al joven.

2.-Se lleve a cabo un seguimiento de la educación del niño hasta la finalización del Nivel Medio:

- Apoyándolo con becas y estímulos para integrarse en practicas de deportes o actividades recreativas (coros, teatro, ajedrez, murgas).

- Las Instituciones Educativas al identificar a los jóvenes en riesgo deberían tener estrategias especialmente diseñadas para ellos con el objeto de contenerlo e iniciarlo en deportes, en hobbies, en la lectura amena y atractiva.

- Las escuelas que están en contacto con los jóvenes deberían comprometerse con este aspecto del alumno. No limitarse al rendimiento escolar, sino hacer un seguimiento del joven en forma integral.

- **La escuela puede detectar:**

- a.- Si tiene conductas que sugieren el consumo de drogas

- b.- Si tiene conductas agresivas

- c.- Si lucen tatuajes o vestimentas que sugieren pertenencia a grupos tribales

- d.- Si usan ropa, adornos y peinados inadecuados en el ámbito educativo

- e.- A la agresividad expresada por el joven o la contenida

- f.- Al desinterés por todo que manifiestan los jóvenes en riesgo

- g.- Es deber institucional informarle a las familias y convenir con ellas las acciones a seguir en conjunto.

- h.- Si el problema en la institución educativa es amplio o profundo deberían ser auxiliada por el

Sistema Educativo que pertenecen o por el de Nivel Nacional.

3.-**Desde los estamentos responsables de las Políticas Laborales deberían implementarse Programas de Capacitación Laboral** destinado a los jóvenes de modo que puedan insertarse en la estructura productiva al finalizar su etapa educativa o paralelamente a ella, a partir de cierta edad. Esta última alternativa evitaría el bache que puede producirse entre dos etapas de la vida y en el cual el joven se halla desorientado y confundido a cerca de su presente y futuro.

4.-Los **Medios de Comunicación** de todo tipo deberían propiciar los valores que fortalecen a la familia, el trabajo, el deporte, los saludables hábitos de conducta.

5.-Los **Clubes e Instituciones deportivas** deberían tener un cupo significativo para incorporar a jóvenes en situación de riesgo.

6.-La **Asistencia Social** debería ocuparse de las condiciones del contexto en el cual está insertas las familias, dándoles las posibilidades de aprender un oficio a los adultos, guarderías para los menores, clases de salud y alimentación y otras acciones que dignifiquen su calidad de vida.

7.-Las **familias** cuyos hijos ya pertenecen a una Tribu deberían interesarse en tener más Información sobre la vida de sus hijos en ella. También los Servicios

Sociales deberían proveer Programas de Apoyo a estas familias, las cuales no importando su nivel cultural, se sienten impotentes frente a este fenómeno que tanto las atañe.

8.- Los **gobiernos**, a través de las instituciones adecuadas, deberían alentar el desarrollo de Clubes de Lectura, de ajedrez, de actuación, de escenografía, de artesanías, de aprendizaje de ejecución de instrumentos musicales. Complementar los mismos con la organización de Festivales y muestras anuales.

En síntesis: se busca que la familia mejore las condiciones de vida desde el punto de vista moral, económico y social y que posea ámbitos de pertenencia, de modo que el joven en su niñez tenga una contención emocional y afectiva. Es muy importante que se forme en valores. Para ello es necesario que se involucre la sociedad a través de los niveles políticos, las instituciones privadas, las instituciones educativas y los medios de comunicación.

De este modo evitaremos la consolidación de un modelo de exclusión social que empuja a la juventud a buscar otra cultura alternativa que no sólo disturbe a la sociedad en su conjunto sino que, en muchos casos, puede malograr su destino.

BIBLIOGRAFÍA

1. -Ariño, Antonio (1997) Sociología de la cultura. La constitución simbólica de la sociedad. Ariel Sociología, Barcelona, España.
2. -Basile, Héctor S. (2009). Tribus Urbanas. Imágenes. www.psicoadolescencia.com.ar/docs/imagenes.pdf
3. -Beezer, A. (1994) “Dick Hebdige: Subcultura, el significado del estilo”, en Introducción a los Estudios Culturales, Barcelona, Bosch.
4. -Caffarelli, Constanza. Tribus Urbanas. Cazadores de Identidad Lunen. Buenos Aires (2008)
5. -Costa P., Pérez, J.M., Tropea, F. (1997) Tribus Urbanas, Ed. Paidós, Barcelona, España.
6. -Deleuze, Gilles. y Guattari, Felix. (1997) Mil Mesetas, Editorial Pretextos, España.

7. -Feixa, Carlos. De jóvenes, bandas y tribus. Editorial Ariel, Barcelona, España, Ariel, 4ª edición 2008.
8. -Foucault, M. (1992) Microfísica del Poder, Ed. La Piqueta, Madrid.
9. -Foucault, M. (1986) La historia de la sexualidad: la voluntad de saber, Ed. Siglo XXI, México.
10. -Fundación Universidad Central (1998) "Viviendo a Toda" Jóvenes, territorios culturales y nuevas sensibilidades. Siglo del Hombre editores, Santafé de Bogotá, Colombia.
11. -García Canclini, Néstor. (1995) Culturas Híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad, Editorial Sudamericana, Bs. As.
12. -Guattari, Felix. (1998) El Devenir de la Subjetividad, ediciones Dolmen, Santiago de Chile.
13. -Guattari, Felix. (1998) Cartografías del Deseo (texto introductorio), Editorial Francisco Zegers, Santiago de Chile.
14. -Hall, Stuart. (1983) Resistance through Rituals. Youth Subcultures in Post-War Britain, Londres, Hutchinson University Press.
15. -Hopenhayn, Martín. Nuclearse, resistirse, abrirse: las tantas señales en la identidad juvenil, Revista Chilena de Temas Sociológicos n°3, UCBC. Santiago de Chile, 1997.
16. -Maffesoli, Michel (1990) El tiempo de las tribus. El declinamiento del individualismo en las sociedades de masas. Icaria, Barcelona España.
17. -Maffesoli, Michel. (1993) El Conocimiento Ordinario. Editorial F.C.E., México.
18. -Mead, Margaret (1971) Cultura y Compromiso. Estudio sobre la ruptura generacional. Granica editor, Buenos Aires, Argentina.
19. -Martin Criado, Enrique (1998) Producir la Juventud. Ediciones Istmo, Madrid, España.
20. -Pegoraro, Juan S. "Sucios, Feos y Malos" (a propósito de Códigos de la Cumbia Villera) (Instituto Gino Germani-UBA) Publicado en Debate Revista Semanal de Opinión - 20-02-04.
21. -Reguillo, Rosana. Estrategias del Desencanto. Emergencia de Culturas juveniles. Norma. Bogotá. 2000.

22. -Ruiz, Franco. El Mundo Social: Una Nueva Tribu Urbana, Surgida de la Web. La Nación, Buenos Aires, 7 de marzo de 2008. Fenómeno de los Floggers. www.psicoadolescencia.com.ar/docs/floggers.pdf
23. -Sandoval; Soto; Unidiks y Váldez (1989) Sistematización de una práctica con sectores juveniles. Humanitas-Folico, Buenos Aires, Argentina.
24. -Salfi Conti, María Susana. Tribus Urbanas: Globalización del Lenguaje de la Protesta Social. www.psicoadolescencia.com.ar/docs/tribus03.pdf
25. -Salfi Conti, María Susana. Síntesis las Características Distintivas de las Principales Tribus Urbanas. Argentinas, chilenas, uruguayas y norteamericanas.
26. www.psicoadolescencia.com.ar/docs/tribus04.pdf
27. -Tropea Fabio, Pérez Tornero José Manuel, Pere-Oriol Costa. Tribus Urbanas. El ansia de identidad juvenil: entre el culto a la imagen y la autoafirmación a través de la violencia. Paidós Ibérica. Barcelona. 1997

**EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN AMÉRICA
LATINA
Y EL CARIBE**

FACTORES DE RIESGO E IMPLICACIONES PSICOSOCIALES

DRA. SILVIA L. GAVIRIA A.

“No hagas de tu cuerpo la tumba de tu alma”

Pitágoras

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una experiencia profunda en la vida de la mujer. Mientras cambian su cuerpo y su ánimo, también lo están haciendo sus necesidades y prioridades. De igual manera, esta etapa está marcada por cambios biológicos, psicológicos y sociales, acompañados por notorios sentimientos de atracción sexual y profundas meditaciones sobre la capacidad de decidir.

Sin embargo, los adolescentes son también actores sociales que viven sus inclinaciones, sus aspiraciones y sus relaciones de acuerdo con las circunstancias en las que les ha tocado crecer y formarse, para un futuro generalmente incierto y complejo.

En los países de América Latina y el Caribe, los adolescentes pertenecen a diversos grupos sociales en los que todavía subsisten fuertes restricciones para el acceso universal a los servicios de atención primaria de salud y educación. Por otro lado, los frecuentes cambios en las estructuras familiares y la migración urbana son también causas comunes que inciden con fuerza en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Muchos deben trabajar desde muy temprana edad con ingresos extremadamente bajos. Una porción muy grande de ellos contrae responsabilidades maternas y paternas antes de haber logrado un mínimo de estabilidad laboral o haber alcanzado una profesión u oficio digno. La falta de atención a la salud

sexual y reproductiva de los adolescentes es muy común, y su abordaje no forma parte importante de las políticas y acciones de salud pública de la mayor parte de los países. (1)

Un embarazo durante la adolescencia resulta dramático en cualquiera de los estratos, de la cada vez más puntiaguda pirámide social. Generalmente es no deseado y a la vez un semillero de eventos adversos: uniones y matrimonios prematuros y de mal pronóstico, rechazo familiar, desescolarización, niños que nacen sin una pareja adecuada para su crianza, madresolterismo con su corolario de inseguridad y desprotección y mayor exposición al maltrato. La tasa más alta de divorcios ocurre entre parejas casadas durante la adolescencia, siendo cuatro veces mayor que en aquellos matrimonios realizados en edad más tardía. (2)

Resulta ser una paradoja el aumento de los embarazos proveniente del segmento que corresponde al grupo etéreo adolescente en la mayoría de los países de América Latina, en contraposición a la disminución global de la tasa de natalidad en la región. Una paradoja sí, porque con el incremento de la información y el mayor acceso a los métodos de planificación, se esperaría una disminución de los embarazos no planeados en la totalidad de las mujeres en edad reproductiva. Sin embargo el ascenso continúa y se acentúa en los adolescentes, constituyéndose en un rompecabezas para clínicos y profesionales del área social. (1) (2) (3)

La maternidad adolescente tiene una estrecha relación con el avance hacia los objetivos del Milenio. En primer lugar, porque se da con mayor frecuencia entre las jóvenes de familias pobres, tiende a reproducir la pobreza y la falta de oportunidades de una generación a la siguiente y, junto con ello, las probabilidades de desnutrición infantil. En segundo lugar, porque implica mayores probabilidades de mortalidad y morbilidad infantiles, así como de complicaciones obstétricas y en el puerperio para las madres. Y en tercer lugar, porque se vincula a la deserción educativa temprana de las jóvenes.

Además, el embarazo y la maternidad adolescentes se relacionan directamente con la ausencia de derechos reproductivos efectivos y de protección ante situaciones de riesgo de menores de edad. Una alta proporción de embarazos adolescentes son no deseados, muchos se originan

en situaciones de abuso de menores, y sobre todo de falta de responsabilidad de los progenitores masculinos frente a la pareja y la paternidad. (4) (5)

La prevención del embarazo adolescente no deseado es un objetivo importante para los países de América Latina y el Caribe. Este es un problema complejo que involucra a las familias, profesionales de la salud, educadores, funcionarios gubernamentales y a los propios jóvenes.

EPIDEMIOLOGÍA

Abordar el tema del embarazo en la adolescencia nos conduce a los estudios epidemiológicos poblacionales y al riesgo reproductivo en dicha edad. .

De acuerdo con las Naciones Unidas -ONU- , había en 1985 más de mil millones de niños y jóvenes entre 10 y 19 años en el mundo, 526 millones de varones y 506 de mujeres, el 83% viviendo en países en desarrollo, donde a su vez constituían el 23% de la población total. En la proyección de la ONU para el año 2020 el total de niños y adolescentes entre 10 y 19 años superará los 1300 millones, lo que significará un aumento del 27% en 35 años. En los países desarrollados esta franja era sólo del 15%. El 98% del crecimiento de la población ocurre en los países en desarrollo. (2)

Desde la década de 1970, la fecundidad ha caído fuertemente en América Latina y el Caribe a consecuencia de una combinación de cambios socioeconómicos (industrialización, urbanización, modernización), culturales (secularización de valores, individualización en proyectos de vida, nuevos estilos de familia), de género (creciente inserción laboral y protagonismo social de las mujeres) y tecnológicos (especialmente en el plano anticonceptivo). En algunos países, este proceso ha sido apoyado por políticas y campañas públicas en favor de la planificación familiar. Y también contribuye la difusión de ideas y pautas de conducta afines al control reproductivo y con mayor variedad de roles sociales y trayectorias de vida, sobre todo para las mujeres. En este marco histórico, era de esperar que los jóvenes comenzaran a reducir el número de hijos, particularmente en generaciones con fecundidad elevada, extendiendo esta baja hacia los adolescentes, lo que efectivamente ocurrió hasta la década de 1980. Pero desde fines de ella, la fecundidad antes de los 20 años ha presentado una

tendencia distinta: primero refractaria a la baja, y luego con una nueva propensión al aumento en varios países. De 16 países de la región, sólo en cuatro (Belice, Guatemala, Nicaragua y Paraguay) desciende claramente el porcentaje de madres entre las mujeres de 15 a 19 años. (6) (7) **(VÉASE CUADRO 1)**

CUADRO 1
PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EVOLUCIÓN
DE LA PROPORCIÓN DE MUJERES DE 15 A 19 AÑOS QUE HAN TENIDO
HIJOS, POR EDADES SIMPLES
(Censos de la ronda de 1990 y 2000)

País	Año censal	Años de edad					Total
		15	16	17	18	19	
Argentina	1991	3,3	6,6	11,2	17,3	23,1	11,9
	2001	3,7	6,5	11,2	17,2	23,6	12,4
Belice	1990	2,5	7,7	15,4	26,2	34,9	16,9
	2000	2,8	6,7	14,4	25,4	33,0	15,8
Bolivia	1992	1,6	4,4	9,9	17,9	28,0	11,7
	2001	2,0	5,7	11,7	20,8	29,2	13,5
Brasil	1991	2,2	5,2	10,4	17,2	24,3	11,5
	2000	3,3	7,6	13,8	20,8	28,1	14,8
Chile	1992	2,1	4,8	9,8	16,1	24,8	11,8
	2002	6,3	5,1	10,2	16,7	24,1	12,3
Costa Rica	1984	2,0	5,6	10,9	18,6	27,5	12,8
	2000	2,5	6,2	11,8	19,8	27,5	13,2
Ecuador	1990	6,2	5,4	11,0	19,4	27,9	13,5
	2001	3,2	8,1	14,9	23,9	32,5	16,3
Guatemala	1994	2,9	7,3	14,5	25,1	35,5	16,1
	2002	2,6	6,9	14,2	23,1	33,0	15,5
Honduras	1988	3,6	8,1	15,6	25,2	34,6	16,6
	2001	3,0	8,4	17,1	27,6	38,0	18,3
México	1990	1,4	3,8	8,6	16,1	24,2	10,4
	2000	1,8	4,8	10,7	18,2	26,2	12,1
Nicaragua	1995	5,0	12,6	23,7	34,8	46,0	23,9
	2005	4,3	10,7	19,8	28,9	38,4	20,0
Panamá	1990	3,6	8,2	15,2	22,4	30,8	16,1
	2001	4,1	9,3	16,2	25,4	33,3	17,4
Paraguay	1992	2,0	6,2	13,0	23,4	32,9	15,0
	2002	1,9	5,1	10,1	17,8	26,7	12,1
Trinidad y Tabago	1990	1,0	3,2	6,1	12,3	18,9	8,0
	2000	1,2	2,2	4,7	18,3	21,4	9,3
Venezuela (Rep. Bolivariana de)	1990	3,3	6,9	13,0	19,9	27,5	13,8
	2001	3,2	7,5	13,7	21,7	29,8	15,0
Uruguay	1985	1,2	3,4	7,2	12,4	19,3	8,4
	1995	5,0	7,7	12,8	18,4	24,6	13,9

Fuente: Procesamientos especiales de bases de microdatos censales mediante REDATAM

CUADRO 2
GRANDES REGIONES DEL MUNDO: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD
(TGF) ESTIMADA PARA 2007, TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD
DEL GRUPO DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD ESTIMADA PARA 2007

Esta resistencia al descenso en la fecundidad adolescente ha conducido a la región a una posición ambigua a escala global. Por una parte ella presenta niveles de fecundidad e inferiores a la media mundial y de los países en desarrollo. Por otra parte registra niveles de fecundidad adolescente que rebasan ostensiblemente la media mundial, sólo superados por los índices de África, y es la región del mundo en la que los nacimientos de madres adolescentes representan la mayor fracción del total de nacimientos. (6) (7) (VÉASE CUADRO 2)

CUADRO 2 GRANDES REGIONES DEL MUNDO: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF) ESTIMADA PARA 2007, TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD DEL GRUPO DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD ESTIMADA PARA 2007 Y PORCENTAJE DEL TOTAL DE NACIDOS VIVOS CUYA MADRE ERA ADOLESCENTE ^a			
Región	TGF 2007	Tasa específica de fecundidad: 15-19 años, 2007	Porcentaje del total de nacidos vivos cuya madre es adolescente
El mundo	2,55	52,9	13
África	4,68	103,4	17
Asia	2,35	39,94	11
Europa	1,43	17,41	7
América Latina y el Caribe	2,38	75,67	18
América del Norte	1,98	45,49	12
Oceania	2,23	25,5	7

Fuente: <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>
^a Esta cifra corresponde a alrededor de 2004.

DESARROLLO NORMAL DEL ADOLESCENTE

Para entender el fenómeno del embarazo en adolescentes y proveer una adecuada atención es necesario comprender su desarrollo cognitivo y psicosocial. Aunque el rango de edad está asignado por las tareas del desarrollo, en adolescencia temprana, media y tardía, la edad cronológica no siempre corresponde al nivel de madurez. Adicionalmente un adolescente

puede estar funcionando en un nivel cognitivo y en otro psicosocialmente.

(2) (8)

Los adolescentes tempranos se caracterizan por las turbulencias derivadas de los cambios físicos de la pubertad, pérdida del control del cuerpo y una intensa preocupación por la apariencia física. Ajustarse a su nueva imagen corporal les hace auto-conscientes y crecer su preocupación acerca de ser normales y tener una apariencia normal. La adolescencia media se enfoca en la auto-identificación y auto-realización. Las chicas muestran más interés en tener relaciones amorosas con los chicos. Los chicos están más interesados en el placer de la actividad sexual que en el mantenimiento de las relaciones amorosas. Ambos géneros exhiben comportamientos que son más desafiantes, narcisísticos, y de autoconfianza. Debido a su narcisismo tienen un sentido personal de omnipotencia e invulnerabilidad. En los chicos esto puede tener un sentido de inmortalidad que fomenta tomar riesgos en el comportamiento; para las chicas, esta puede derivar en la creencia de que ellas no se van a embarazar o que ellas no necesitan anticoncepción. En esta etapa los adolescentes se distancian de sus familias de origen y se refugian en sus amigos. En la Adolescencia tardía hay una progresión desde el sentido narcisista y la omnipotencia personal hacia un más integrado y sólido sentido de sí mismo, y como esto se acopla e integra al mundo adulto. Psicosexualmente se mueve a un desarrollo estable y de relaciones sexuales íntimas y mutuas. **(8)(9)**

El estado del desarrollo en el cual una adolescente mujer se vuelve sexualmente activa es extremadamente crítico. Su nivel de desarrollo cognitivo y psicosexual predice no sólo que tan bien se protegerá de un embarazo sino como ella responderá a un eventual embarazo si ella falla en la práctica de la contracepción. **(2)(8)**

Debido a que las adolescentes tempranas están muy orientadas en el presente, centradas en sí mismas, y con menor desarrollo del pensamiento abstracto, ellas tienen dificultad en aceptar la realidad de su embarazo. A menudo niegan que estén embarazadas, aun en presencia de un abdomen creciente y un test positivo de embarazo. Casi siempre el embarazo ha sido resultado de una relación casual con el padre del feto. Están expuestas a reacciones muy negativas por parte de la familia cuando ésta se entera de su

embarazo y a no ser que estén acompañadas por los padres o adultos, suelen buscar tardíamente el control prenatal. Ellas no están emocionalmente preparadas para ser madres y requieren la atención y acompañamiento de los adultos para cuidar del bebé. **(8)(10)**

Las mujeres en la adolescencia media a menudo han empezado alguna forma de experimentación sexual. Ellas se mueven de un estado de comportamiento exploratorio

hacia un estado de intensas relaciones amorosas. Si el embarazo ocurre en esta etapa, es frecuente que la adolescente tenga un profundo vínculo emocional con el padre del feto. Ella puede consciente o inconscientemente elegir embarazarse como un medio de confirmar su identidad femenina, como una forma de asegurar un estrecho vínculo con el padre del feto, o una forma de ganar estatus de adulta. Algunas mujeres adolescentes, pertenecientes a clases sociales pobres, sin posibilidades para progresar hacia una carrera académica, elegirán el embarazo durante este tiempo como una opción de vida, siendo la maternidad su proyecto en vez de la educación y el empleo. Dependiendo de las circunstancias que rodean la decisión para buscar el embarazo será la búsqueda a tiempo o no del control prenatal. También depende del acompañamiento de la pareja. En esta etapa de la adolescencia pueden ser más conscientes de las necesidades del feto y de asumir las responsabilidades.

La adolescente tardía tiene un sentido mayor de sí misma y podría tener una relación con el padre del feto más fuerte. Ellas son más parecidas a las mujeres adultas en varios aspectos: buscan cuidado prenatal más rápido, están más motivadas a hacer lo mejor para conseguir un embarazo saludable y pueden usualmente asumir las tareas maternas por ellas mismas. **(2) (8) (10)**

FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Factores biológicos

La edad de la menarquia es un factor determinante de la capacidad reproductiva, la que está ligada a la proporción de ciclos ovulatorios, que alcanzan a ser cerca del 50% 2 años después de la primera menstruación. Entre los fenómenos que constituyen la aceleración secular del crecimiento

está el adelanto de la edad de menarquía. En el último siglo, la menarquía se ha adelantado entre 2 y 3 meses por década, descendiendo desde más o menos los 15 años de edad a alrededor de los 12 (últimos 150 años). Así, los adolescentes son fértiles a una edad menor. La menarquía puede ser un marcador para el inicio de la actividad sexual, en promedio dos o tres años después. (10) (11)

Factores psicosociales y conducta sexual

El adelanto de la menarquía es un factor biológico que se acompaña de actitudes y de comportamientos hacia el sexo opuesto, que pueden conducir a un ejercicio temprano de la sexualidad. Los factores psicosociales que acompañan a la modernización y su influencia en los roles personales y familiares son también contribuyentes, al existir grandes contradicciones: por una parte las características biológicas permiten la reproducción más temprana, por otra, la sociedad retarda la edad en que se considera a un sujeto adulto con todos los derechos y deberes. Este conjunto de elementos hace que aumente el período de exposición al riesgo de embarazo fuera del marco, socioculturalmente aceptado, el matrimonio, estableciéndose, además, expectativas poco realistas sobre el comportamiento sexual de los adolescentes. (10) (11) (12)

Conducta sexual

Hay escasa información respecto a la sexualidad de los adolescentes latinoamericanos, aunque algunos estudios estiman que el 50% de los adolescentes menores de 17 años es sexualmente activo. En un estudio realizado en adolescentes escolarizados de nueve países de El Caribe un tercio dijeron haber tenido relaciones sexuales y, de ellas, el 50% habían sido bajo coerción. La proporción de mujeres de la región que han tenido por lo menos una relación sexual antes de los 20 años varía entre 42 y 63%. En el Ecuador, el 8,0 por ciento de mujeres de 15 a 24 años ha tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años, y esta cifra se va acumulando a 30,0 por ciento antes de los 18 años y llega a 46,2 por ciento antes de cumplir 25 años. La edad a la primera relación sexual decrece a medida que aumentan los años de educación; cuando es más bajo el nivel económico, las mujeres inician sus relaciones sexuales a más temprana edad. En Perú, la proporción es similar, alcanza al 42% de adolescentes y

jóvenes. Del total de mujeres de 20 a 49 años que señalaron haberse iniciado sexualmente, el 57,2% reportó que tuvo su primera relación sexual antes de cumplir los 20 años. En Bolivia, 91% de las mujeres de zonas rurales se iniciaron sexualmente antes de los 18 años. En las zonas urbanas, el porcentaje alcanza el 84%. En Venezuela, la proporción de mujeres de 15 a 24 años iniciadas sexualmente corresponde a los dos tercios (60%) (7)

Hay varios predictores de comienzo de la actividad sexual durante la adolescencia temprana: desarrollo puberal, una historia de abuso sexual, pobreza, falta de atención y cuidado por parte de los padres, patrones culturales y familiares de experiencias sexuales tempranas, analfabetismo, falta de metas profesionales o laborales, abuso de sustancias, pobre desempeño escolar o abandono de los estudios.

Los factores asociados con un retraso en el comienzo de la actividad sexual son: vivir con ambos padres en un ambiente familiar estable, asistencia regular a lugares de culto, buen ingreso económico familiar. La supervisión, una buena conexión entre padres e hijos y el establecimiento de metas. (13)

La observación clínica indica que la relación sexual precoz ocurre frecuentemente en comunidades campesinas, algunas zonas suburbanas y en las clases sociales bajas de las grandes ciudades. El aumento de la población juvenil sexualmente activa no se ha acompañado de un incremento proporcional de contracepción. La edad media en que se contrae matrimonio es un indicador de las opciones al alcance de las mujeres: cuando pueden elegir, muchas mujeres retrasan el matrimonio para estudiar y/o buscar empleo. Esta orientación al cumplimiento de metas es un factor que favorece un inicio más tardío de la actividad sexual y de la maternidad. (11)

Disfunción familiar

Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una actividad sexual prematura, y un embarazo puede ser visto como la posibilidad de huir de un hogar patológico donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto. Como factores de riesgo asociados a la familia se han descrito también la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres. (2), (11). (12)

Psicológicos y Culturales

Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación precoz de la actividad sexual. En la adolescencia media, el egocentrismo propio de la etapa les hace asumir que a ellas "eso no les va a pasar". La necesidad de probar su fecundidad, estando afligidas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia. En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo. El "machismo" y la necesidad del varón de probarse, así como la existencia de carencias afectivas y necesidades no satisfechas son factores del comportamiento que también contribuyen al fenómeno. **(8) (11)**

Sociales

Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo. Los medios de comunicación, a través de los mensajes comercializados y estereotipados, han contribuido a la reducción de las barreras culturales que, en el pasado, limitaban la actividad sexual. La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente. **(11) (12)**

En algunos países en desarrollo, una edad temprana al contraer matrimonio es la principal razón para el embarazo temprano. Estos países se caracterizan por baja edad al contraer matrimonio, la pobreza, el bajo valor y la autoestima de las niñas, bajo nivel de educación y bajo nivel de uso de anticonceptivos, el embarazo prematuro, el abuso sexual y asalto **(12)**

Anticoncepción y embarazo adolescente

La mitad de los embarazos de adolescentes ocurren durante los seis meses siguientes al inicio de la actividad sexual, y el 20% en el curso del primer mes. De estos adolescentes, no más de un 30% usan algún método anticonceptivo en ese período, aduciendo que estaban convencidos que "eso no iba a pasarles", lo no planificado del momento del coito, ignorancia de los métodos de anticoncepción, temor a ser criticados si usaban un método

anticonceptivo, o a que los padres supieran que tenían actividad sexual. El uso de anticonceptivos en adolescentes es inferior que el de las mujeres de toda edad, aún en las casadas, con tasas de 9% en Guatemala, 30% en Colombia y hasta 50% en Brasil. Las cifras son más bajas en áreas rurales. Los métodos más utilizados son el coito interrumpido, y el método de calendario, (no siempre bien utilizados) seguido de la píldora. La literatura señala que durante el año siguiente al parto, el 30% de las adolescentes quedan nuevamente embarazadas, y entre el 25 y 50% durante el segundo año. Como factores de riesgo para la recidiva se han identificado: primer embarazo antes de los 16 años, pareja mayor de 20 años, deserción escolar, estar en un nivel escolar menor al que le correspondería, haber requerido asistencia social en el primer embarazo, haber tenido complicaciones durante el primer embarazo, y haber salido del hospital sin conocer métodos de planificación familiar. **(6) (8) (13) (14)**

En un estudio realizado en Brasil, acerca del uso de métodos de anticoncepción en la primera experiencia sexual, se encontró que la mitad de los adolescentes entrevistados utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual (53,2%). El 40,3% de las parejas que quedaron embarazadas usaron anticonceptivos en las relaciones que condujeron a la gestación. El condón fue el método más común en la primera relación sexual (96,6% entre los usuarios de un método) y en la relación que condujo al embarazo (58,9%). Las principales razones del no uso de anticonceptivos fueron que el adolescente no había pensado acerca de la anticoncepción en el momento de la primera relación sexual (36,1%) y el adolescente deseaba un bebé en el momento del encuentro sexual (26,5%). Alrededor del 57% de las niñas que no querían el embarazo reportaron que no usó ningún método anticonceptivo antes del embarazo. Entre las adolescentes embarazadas con un embarazo no deseado, un porcentaje mayor que tenían acceso a servicios de salud reportaron el uso de anticonceptivos (48%) en comparación con sólo el 16,7% de las personas que no tienen acceso a servicios de salud. Este estudio concluye que la prevención de embarazos no deseados requiere una mayor información y acceso a los anticonceptivos entre todos los jóvenes. **(15)**

Salud y riesgos de la adolescente embarazada

Desde el punto de vista sanitario el embarazo constituye un grupo de alto riesgo, tanto por la inmadurez física como por las dificultades psicosociales y económicas de las madres. Los partos en algunas adolescentes ponen en riesgo sus vidas y las de sus bebés.

Riesgos obstétricos

Los esfuerzos de la adolescente por ocultar su embarazo y la dificultad para disponer de servicios adecuados o la inexistencia de un servicio médico prenatal, hacen que no tengan la supervisión y acompañamiento que necesitan.

Alrededor del 20% de la población de los países en desarrollo está crónicamente desnutrida. Los adolescentes tienen las demandas nutricionales aumentadas por ser una etapa de rápido crecimiento, y el embarazo acentúa estas necesidades. La desnutrición influye en el peso fetal. En un estudio transversal realizado con 854.377 mujeres latinoamericanas embarazadas se encontró que las adolescentes de 15 años o menos años de edad tenían más anemia, más riesgo de muerte materna y muerte neonatal temprana en comparación con las mujeres de 20 a 24 años de edad. Además, todos los grupos de edad de los adolescentes, tenían mayor riesgo para hemorragia posparto, endometritis puerperal, parto vaginal instrumentado, episiotomía, bajo peso al nacer, parto prematuro y feto pequeño para la edad gestacional. Son frecuentes otras complicaciones como la preeclampsia, eclampsia, amenaza de parto prematuro, parto pretérmino, distocias y la mayor frecuencia de cesáreas con sus posibles complicaciones. La mortalidad materna es hasta 2.5 veces mayor en menores de 15 años comparado con la mortalidad del grupo de 20 a 24 años. El aborto inducido no es un método infrecuente para terminar el embarazo y constituye una de las principales causas de mortalidad materna, especialmente cuando tiene lugar en circunstancias inadecuadas y sépticas.

(16) (17) (18)

Morbimortalidad infantil

Una consecuencia del embarazo precoz es el alto índice de mortalidad infantil que aumenta en la medida en que la madre tenga una menor edad. El parto pretérmino, bajo peso al nacer, inmadurez fetal, exponen al recién

nacido a mayores riesgos debido a la inmadurez neurológica y sistémica. El bajo peso puede tener relación con trastornos neurológicos y del desarrollo intelectual, así como con otras adversidades en relación a la salud del niño.

(2)

Implicaciones psicosociales de la adolescente embarazada

En general el embarazo en adolescentes no es deseado, cuando éste ocurre, las ilusiones propias de esta edad sufren una fractura, reforzada por la inseguridad y el temor. No es raro el rechazo por parte de los padres de la joven o por el mismo padre del hijo. Cuando esto último no sucede sino que por el contrario se hacen arreglos para precipitar una vida de pareja, la probabilidad de que esa relación no prospere es alta. Otras aun más desafortunadas deben iniciar la crianza de su bebé por sí mismas sin ninguna clase de ayuda.

En general, el embarazo no deseado puede afectar claramente la dinámica entre el bebe y la madre, la conformación del vínculo y la interacción que se desprende de esta relación. El cuidado prenatal inadecuado puede hacer parte del sentimiento global de fracaso, temor o frustración.

Los problemas psicosociales de la adolescente embarazada incluyen: Interrupción de los estudios, disminución de las oportunidades vocacionales, separación del padre del hijo, pobreza persistente, nuevos embarazos, matrimonio motivado por las circunstancias, y divorcio. A la ansiedad, incertidumbre y ambivalencia que acompañan el estado inicial, pueden agregarse otros problemas como son depresión, intento de suicidio, comportamientos violentos, consumo de drogas, promiscuidad, y si son rechazadas en sus hogares pueden a veces ser forzadas a la prostitución. **12)**

(13) (14)

La problemática de la madre se refleja en la conducta y suerte del hijo, puesto que la evidencia muestra como los hijos de madres solteras y especialmente adolescentes, aún con uniones tempranas, exhiben mayor número de problemas de desarrollo psicosexual, aprendizaje y conducta, así como trastornos depresivos, ansiedad, inseguridad y exposición al maltrato.

(2) Las madres quienes deciden no asumir la maternidad, bien sea porque interrumpen el embarazo o deciden dar su hijo en adopción, están sometidas

a grandes presiones y sentimientos contradictorios que pueden generar en ella gran angustia y dolor, hasta llegar a la desesperación. El acompañamiento y la asesoría podrían atenuar en ellas el sufrimiento y brindarles mayor estabilidad. (19)

PREVENCIÓN Y MANEJO

Resulta evidente que el embarazo es consecuencia de las relaciones sexuales pero hay

que señalar que el embarazo adolescente es mucho más probable allí donde se les niega la anticoncepción a los jóvenes y donde no se les ofrece información sobre la sexualidad y sus consecuencias.

Prevención primaria

Supone la base de la prevención y procura actuar sobre los factores de riesgo que favorecen u originan la aparición del problema. Una vez analizadas las causas del embarazo adolescente, y conscientes de que hay factores difíciles de modificar, se recomienda una actuación dirigida a implementar los programas de educación sexual y mejorar la accesibilidad de los jóvenes a los métodos anticonceptivos.

Programas de Educación Sexual

Los padres, primeros responsables en materia educativa, delegan con frecuencia su responsabilidad en terceras personas haciendo dejación de su derecho y deber de educar, en materia de sexualidad a sus hijos. La consecuencia de este hecho es que hasta el 57% de los padres no hablan de temas de sexualidad con sus hijos y que hasta el 50% de éstos obtienen información sobre esta materia de sus amigos o medios de comunicación.

Se necesitan programas sanitarios que comiencen por prevención primaria, que refuercen los valores familiares, incluyendo educación sexual al interior del hogar. Campañas en colegios y universidades, así como en el campo o en grupos específicos, a través de medios didácticos dirigidos a la prevención del embarazo y del riesgo de enfermedades de transmisión sexual y la evitación de la promiscuidad.

Las actitudes de ciertas sociedades modernas han demostrado que a mayor educación e información sexual menor tasa de embarazo adolescente. La evidencia muestra que la educación sexual que discute la anticoncepción, no

aumenta la actividad sexual, y programas que enfatizan la abstinencia como el método más seguro y mejor, al mismo tiempo que la enseñanza acerca de los anticonceptivos para los jóvenes sexualmente activos, no disminuyen el uso de anticonceptivos. **(2) (14) (20)**

Prevención secundaria

La atención de la adolescente gestante debe comprender tanto servicio social y consejería, como asistencia psiquiátrica oportuna, sumada a su seguimiento prenatal básico.

En la consulta psicológica y psiquiátrica se debe obtener información acerca de las creencias y el significado de la situación que la adolescente está viviendo; se aclaran actitudes y valores y se exploran las consecuencias de las decisiones, en un marco cognoscitivo. Se fortalece el desarrollo de habilidades personales y de comunicación, para construir relaciones con la familia y otras personas. El objetivo terapéutico es reconstruir la confianza en ellas mismas y desarrollar una responsabilidad por su propia vida sexual, frente a la realidad. Si se detecta algún tipo de patología durante el periodo de gestación se hará el abordaje respectivo.

Todo programa debe ofrecer opciones para que la adolescente embarazada pueda continuar su educación, sin discriminación, ni diferencias en oportunidades respecto a los demás estudiantes.

Así mismo debe recibir asesoría en el cuidado prenatal acerca de hábitos de vida, cuidado de su cuerpo, apariencia, nutrición, interacción con su bebé y las necesidades afectivas y de cuidados del niño. **(2)(8)(20)**

Prevención Terciaria

A través de la implementación de programas que disminuyan el impacto a corto, mediano y largo plazo de la maternidad adolescente. Proveer los medios para que las madres adolescentes continúen sus estudios y formación, apoyo para el cuidado de los hijos de tal manera que ellas puedan continuar su proyecto de vida.

Con este panorama, se evidencia la necesidad de trabajar con adolescentes y jóvenes especialmente en educación y salud, con énfasis en salud sexual y reproductiva. Sin embargo, el acceso a servicios y programas adecuados

para adolescentes y jóvenes es limitado. Empezando por que existen muy pocos servicios que brinden atención diferenciada e integral a adolescentes. Se han detectado actitudes rígidas por parte de los proveedores de salud, sumado a esto el poco o ningún dinero con que cuentan los jóvenes para pagar por un servicio o por un medio de transporte. Existen pues barreras geográficas, económicas, culturales y legales que dificultan el acceso de adolescentes a información o servicios generales, más aún de salud sexual y reproductiva. **(2)(6)(7) (11)(13)**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda el desarrollo de los siguientes puntos, dirigidos a la prevención del embarazo en adolescentes. **(7)**

- Mecanismos innovadores con participación comunitaria.
- Servicios integrales: atención y actividades de prevención y promoción de la salud.
- Favorecer el acceso a información y orientación en los diversos espacios en los que se desenvuelven los adolescentes (con énfasis en salud sexual y reproductiva).
- Promoción de estilos de vida saludables (implica generar cambios en las normas socioculturales).
- Tomar en cuenta el contexto y las particularidades.
- Oportunidad de estructurar y alcanzar su proyecto de vida

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Camacho, Alma Virginia (2000), Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe: revisión bibliográfica 1988-1998, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Organización Mundial de la Salud (OMS).
- 2) Puerta B. Germán. Embarazo en adolescentes. Afrodita y Esculapio: Una visión Integral de la Medicina de la Mujer.

- Editado por Tellez Jorge, Gaviria Silvia L., Burgos, Cecilia. 1999. Nuevo Milenio. Editores. pp 431-441
- 3) Gaviria Silvia L. Aspectos psicológicos y psiquiátricos del aborto. Avances. Editado por Yopez Luis E., Tellez Jorge, Alarcón Rafael. 2004. Nuevo Milenio Editores , pp 118-129
 - 4) Sunkel G. el papel de la familia en la protección social de América Latina (Consultado 21/07/2010). Disponible en: http://147.83.75.104/Doc/cols/_new/contenidos/downloads/obtener?id=132
 - 5) Gaviria Silvia L. Cambios en las estructuras familiares en la América Latina Mujer y Migración. En Salud Mental en el Paciente de América Latina. Editado por Ruiz Pedro y Casas Miguel. 2009. Editorial Glosa , SL. pp 55-75
 - 6) Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe: Tendencias, problemas y desafíos. Boletín de la infancia y la adolescencia sobre el desarrollo de los objetivos del milenio. No 4 Enero de 2007. (Consultado 31/07/2010. Disponible en: http://www.gparlamentario.org/spip/spip.php?article78&debut_items=56
 - 7) Guijarro Susana. Adolescencia en Latinoamérica. Boletín de la sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León. 2007; 47 (SUPL. 1): 65-78
 - 8) Dell Diana L. Adolescent Pregnancy. Psychological Aspects of Women's Health Care. Second Edition. Edited by: Stotland Nada and Stewart Donna. 2005. American Psychiatric Press, pp 95-116
 - 9) Lidz Theodore. Adolescencia. En La persona: su desarrollo a través del ciclo vital. Tercera edición. 1985. Editorial Herder Barcelona, pp 364-437
 - 10) Szigethy Eva M. and Ruiz Pedro. Depression among Pregnant Adolescents: An Integrated Treatment Approach. Am J Psychiatry, Jan 2001; 158: 22 - 27.

- 11) Romero, Maria Inés. Sexualidad y Embarazo. Curso salud y desarrollo del adolescente. Modulo 3, Lección 15. Universidad Católica de Chile. (Consultado 21/07/2010). Disponible en:
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion15/M3L15Leccion2.html>
- 12) Dangal Ganesh . An Update on Teenage Pregnancy. The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics. 2005 Volume 5 Number 1.
- 13) Klein Jonathan D. Adolescent Pregnancy: Current Trends and Issues. Pediatrics 2005; 116; 281-286
- 14) Goldenberg RL, Klerman LV: Adolescent pregnancy: another look (editorial). N Engl J Med 1995; 332:1161–1162
- 15) Gomes Keila ,Speizer Ilene, Oliveira Delvianne, Moura Laís, Gomes Francimar. Contraceptive Method Use by Adolescents in Brazilian State Capital Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. 2008. Volume 21, Issue 4, Pages 213-219
- 16) Conde Agustin, Belizan José, Lammers Cristina. Maternal-perinatal Morbidity and Mortality associated with Adolescent Pregnancy in Latin America: Cross-sectional Study. American Journal of Obstetrics & Gynecology. Feb, 2005. Volume 192, Issue 2 , Pages 342-349
- 17) Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos para el Análisis de la Equidad de Género en Salud. Washington.D.C. OPS/ Paltex 2004
- 18) Donoso Enrique. Embarazo Adolescente : Un Problema País. Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2008. 73(5): 291 – 292
- 19) Stotland Nada L. Making the Decision. In Abortion. Facts and Feelings. Edited by Stotland Nada L. 1998 .American Psychiatric Press, pp 71-92
- 20) Committee on Adolescence . Contraception and Adolescents. Pediatrics 1999; 104;1161-1166

Sección V

**ASPECTOS ESPECIALES
EN SALUD MENTAL
INFANTO JUVENIL**



“Los niños, niñas y adolescentes deben, por fin, jugar en la sabana abierta, ya sin la tortura de las punzadas del hambre o destrozados por la enfermedad o amenazados por el azote de la ignorancia, el contacto físico indebido y el abuso.....”

Nelson Mandela

**ESTRESORES ECOSISTÉMICOS
Y SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL**

DRA. EMMA SAAD DE JANON

DR. CRISTÓBAL MARTÍNEZ GÓMEZ

DR. ENRIQUE CAMARENA ROBLES

DR. CARLOS SÁNCHEZ NÚÑEZ

DR. RODRIGO CHAMORRO OSCHILEWSKY

DR. JUAN E. MAASS

Los primeros años de vida de un niño son extremadamente importantes. Las experiencias de la primera infancia tienen un impacto duradero sobre el desarrollo físico y cerebral de un infante. Las experiencias que afectan o llevan al subdesarrollo pueden entorpecer gravemente cómo (la calidad) y cuánto (la cantidad) se desarrolla el cerebro; de ahí la relevancia del riesgo psicosocial en la primera infancia, ya que es justamente en los niños pequeños donde la evaluación de esos riesgos y las intervenciones pertinentes podrían tener un mayor impacto preventivo de los desórdenes mentales y emocionales. Sin embargo son escasas las investigaciones epidemiológicas referentes a estos riesgos en etapas tempranas de la vida y el desarrollo. (1)

A nivel macro, los niños nacidos en países en desarrollo tienen más probabilidad de estar desnutridos, ser pobres y tener menos acceso a la educación y otros servicios que los niños nacidos en naciones desarrolladas. A nivel micro, tienen más probabilidad de nacer en familias cuyos jefes de hogar tienen menos educación y perciben ingresos más bajos; el desarrollo acumulado de la familia afecta el desarrollo inicial del pequeño, por tanto, la salud de la madre, el nivel de educación de los padres, el estatus socioeconómico, los ingresos del hogar, los valores y actitudes de los padres hacia la crianza y la salud mental de los padres, todo en conjunto, afectan

los resultados del desarrollo en la primera infancia y por ende el desarrollo en etapas posteriores de la vida.

Las múltiples evidencias indican que los principales determinantes socioeconómico y ambientales (niveles macro-, meso y exosistémico) del sufrimiento mental en los niños y adolescentes están relacionados con grandes problemas como: pobreza y todos sus efectos (sobre la salud, la nutrición, la educación, el trabajo, la protección e inclusión social y el acceso a servicios básicos de saneamiento), las migraciones, el desplazamiento involuntario, la guerra, los desastres naturales, la discriminación racial y la inestabilidad económica. De igual forma influyen negativamente en este aspecto los procesos conflictivos a nivel individual y microsistémico que puedan ocasionar sufrimiento psíquico en determinados grupos de riesgo de esta franja etaria o en etapas vulnerables en la infancia y adolescencia, siendo así que sus efectos muchas veces se pueden hacer sentir en varias generaciones:

- **Familiares:** violencia en todas sus formas (maltrato físico, emocional y verbal, abuso sexual en sus diferentes modalidades, abandono del menor), separación de los padres, la necesidad de reducir gastos económicos en la familia, la pérdida de empleo en los padres o cuidadores principales, patrones de conducta inadecuados de los familiares, alguna psicopatología o trastorno emocional o conductual dentro de la familia, nivel cultural bajo, etc.
- **Educativos:** acoso entre pares, carencia de recreación, maltrato físico y emocional dentro de la institución educativa, patrones de conducta inadecuados de los educadores, etc.
- **Individuales:** daños orgánicos pre-, peri- y postnatales, duelo, enfermedades terminales y/o crónicas, trastornos psicomotores, retraso cognitivo, etc.

Esto nos obliga a pensar en la salud mental desde la perspectiva ecosistémica y social, es decir que no sólo la influencia de las cargas genéticas, congénitas, los factores físicos y el medio ambiente sino también las relaciones familiares e interpersonales, pueden ser causas de problemas mentales y emocionales en la población infanto juvenil, así como en la población en general (1).

En las **TABLAS 1 y 2** se resumen los principales factores de riesgo ecosistémico que pueden generar trastornos mentales, emocionales y conductuales en la niñez y en la adolescencia.

TABLA 1: FACTORES DE RIESGO INDIVIDUAL Y MICROSISTÉMICO EN LOS TRASTORNOS MENTALES, EMOCIONALES Y CONDUCTUALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

NIVEL ECOSISTÉMICO	RIESGO
INDIVIDUAL	<ul style="list-style-type: none"> • Daños pre-, peri- y postnatales • Trastornos de aprendizaje • Déficits sensoriales • Escasez de posibilidades de recreación y deporte • Enfermedades crónicas y/o terminales • Desvinculación del estudio • Consumo de alcohol y/o drogas • Accidentes • Trastornos en el desarrollo general y en el psicomotor • Alteraciones de la identidad sexual • Embarazos tempranos • Exposición a agresión violencia y trauma • Desbalance neuroquímico • Pérdida personal – Duelo • Eventos de mucha tensión • Género • Déficits en relaciones sociales • Déficits cognitivos
MICROSISTEMA	<p style="text-align: center;"><u>A nivel familiar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Relaciones parentales conflictivas • Separación de los padres • Abandono del cuidado del menor • Maltrato infantil • Falta de afectividad • Patrones de conducta inadecuado de los padres • Psicopatología en la familia • Suicidio en el núcleo familiar • Nivel cultural bajo • Consumo de alcohol y droga por parte de los padres • Condiciones económicas precarias • Hacinamiento • Migración <p style="text-align: center;"><u>A nivel educativo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Desorganización de las actividades escolares • Precarias e inadecuadas condiciones de la escuela • Maltrato físico y emocional • Patrones inadecuados de conducta en los educadores • Baja calidad de los educadores

TABLA 2: FACTORES DE RIESGO MESOSISTÉMICOS, EXOSISTÉMICOS Y MACROSISTÉMICOS EN LOS TRASTORNOS MENTALES, EMOCIONALES Y CONDUCTUALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

NIVEL ECOSISTÉMICO	RIESGO
MESOSISTEMA Y EXOSISTEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Malas condiciones socio-económicas • Ausencia de áreas comunitarias de recreación y deporte • Falta de organizaciones para y de adolescentes • Ausencia de juegos tradicionales • Escaso acceso al sistema de salud • Poca participación comunitaria • Escasez de programas de prevención comunitaria en salud mental infanto juvenil • Poca atención a grupos de riesgo infanto juveniles • Redes sociales deficientes para los niños y adolescentes
MACROSISTEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Pobreza • Exclusión social • Carencia o baja calidad de programas de salud y educación • Recursos estatales limitados para atender a las madres y niños trabajadores • Permisividad cultural hacia la violencia (social, familiar, educativa) • Inseguridad económica y política • Poco presupuesto del estado para programas de nutrición y vivienda

Fuentes: OMS-OPS (2004) Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica; Castro J (2009) Psiquiatría de niños y adolescentes (2, 3)

Hay que tener en cuenta que un problema mental o emocional determinado en los niños y adolescentes puede ser el resultado de varias circunstancias ecosistémicas causales que influyen sobre poblaciones vulnerables.

En el campo de la Salud Mental de los niños y adolescentes la evaluación de los determinantes sociales puede desarrollarse tomando como categoría de análisis (1):

- Los valores y sustentos culturales sobre la salud mental.

- Las tradiciones y estilos de vida de las comunidades y familias a las que ellos pertenecen.
- El acceso que esta población y sus familias tienen a la cultura, la educación y el trabajo.
- Las condiciones de la vivienda.
- El medio ambiente.
- Las posibilidades que se les permitan de participación en actividades saludables propias para su edad.
- La cohesión social.
- El papel que el Estado ejerza en el respeto y protección de sus derechos y en las políticas y financiamiento de salud mental específica para ellos en sus respectivos países, así como en los marcos jurídicos que los respaldan.
- Los modelos conceptuales que sostienen las prácticas en los servicios de Salud Mental para niños y adolescentes, así como las bases teóricas y administrativas en la organización de estos servicios.
- Las orientaciones en la formación que tengan los especialistas en Salud Mental infanto juvenil.
- Las múltiples articulaciones que se producen entre todos estos factores enunciados potenciándoles y haciéndolos más complejos.

Para visualizar el panorama mundial de los estresores ecosistémicos en la población infanto juvenil y poder analizar a continuación con detalle alguno de ellos, sus efectos y las estrategias a seguir para paliar y evitar sus efectos, se mencionan algunos ejemplos extraídos de datos de Unicef y de otras organizaciones internacionales (5):

- 51 millones de nacimientos quedan sin registrar cada año en los países en desarrollo.
- 218 millones de niños entre los 5 y los 14 años están involucrados en trabajo infantil.
- 60 millones de mujeres de entre 20 y 24 años fueron casadas antes de la edad de 18 años.

- 1,2 millones de niños son víctimas del tráfico de menores cada año.
- Más de 300.000 niños soldados, algunos de solo ocho años, son explotados en conflictos armados en más de 30 países.
- Más de dos millones de niños se calcula que han muerto desde 1990 como resultado directo de conflictos armados.
- Más de un millón de niños en todo el mundo son detenidos por fuerzas del orden.
- Aproximadamente unos 143 millones de niños son huérfanos de uno o de ambos progenitores.
- Se calcula que 70 millones de mujeres actualmente vivas han sido sometidas a algún tipo de mutilación genital en su infancia o adolescencia.
- Unos dos millones de niños son explotados a través de la prostitución y la pornografía.
- Cuarenta millones de niños menores de quince años sufren abusos que requieren atención sanitaria y social.
- En Pakistán, en 2006 al menos 704 menores fueron asesinados, 340 violados, 297 sodomizados, 526 torturados y más de medio millar vendidos como jinetes de camellos, en un auténtico tráfico hacia otros países.

Analizando lo anteriormente expuesto se pueden considerar grupos de niños y adolescentes de alto riesgo a los siguientes (3, 6):

- Aquellos en situación de calle
- Los maltratados (sometidos a violencia física, psicológica, sexual, o prostituidos, explotados laboralmente y obligados a mendigar)
- Los obligados a ser sicarios
- Los que son víctimas del terrorismo o involucrados en conflictos armados
- Los reprimidos y sometidos por la violencia social y estatal
- Los miembros de pandillas
- Los hijos de exilados o prisioneros
- Los que desertan de la escuela tempranamente o no acuden a ella
- Los adictos

- Los con conductas sexuales de riesgo
- Los trasgresores de la ley

CONSECUENCIAS EN LA SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL ABORDAJE Y PREVENCIÓN

Se hace por tanto obligatorio plantearse el análisis de cómo afectan estos estresores en el desarrollo óptimo de la salud física, emocional y mental de los niños y adolescentes, así como programas efectivos y eficientes de abordaje y prevención ecosistémica.

POBREZA

Muchísimos niños, niñas y adolescentes en el mundo presentan índices alarmantes de pobreza, muy superiores a aquellos que padecen otros grupos de edad. Esta pobreza es tanto más grave por cuanto restringe dramáticamente las posibilidades de desarrollar capacidades y plasmar oportunidades a lo largo de toda la vida.

Ante todo, la pobreza representa una violación de los derechos de la niñez y adolescencia a la supervivencia y el desarrollo, que quedan reducidos a letra muerta. Pero además, la pobreza infantil entraña un costo tremendo para la sociedad en términos de capital humano e integración social.

Investigaciones recientes documentan que la pobreza afecta adversamente el desarrollo de los niños y adolescentes, lo cual puede llevar a la *transmisión intergeneracional de la pobreza*.

La **pobreza** lleva de la mano:

- **malnutrición y hambre,**
- **deficiencias o carencias de estimulación temprana y educación de calidad,**
- **escaso o nulo acceso a servicios de salud y saneamiento,**
- **exclusión social y la negación de la ciudadanía.**

Todos estos factores son causas de problemas en el desarrollo infantil que traen como consecuencias problemas de salud mental y del bienestar emocional en la niñez y la adolescencia.

Cuando no se satisfacen las necesidades de los niños, su desarrollo se detiene, por consiguiente, la pobreza puede tener efectos nocivos sobre su desarrollo físico y emocional, al igual que sobre sus capacidades cognitivas y logros educativos.

La pobreza obliga a un gran número de niños y adolescentes, así como a sus familias, a vivir y trabajar en las calles, esto los hace extremadamente vulnerables a verse involucrados en el uso y abuso de sustancias psicoactivas, en problemas de violencia, crímenes y en actividades sexuales ilícitas a temprana edad sin la protección debida.

Queda claro que esta situación vivida por millones de niños y adolescentes en el mundo, no sólo los afecta hoy, sino que les hipoteca la vida (7).

Malnutrición crónica

El hambre y la malnutrición crónica son consecuencias de la pobreza.

La investigación demuestra que la mala salud en la primera infancia, medida por el bajo peso al nacer y el nivel nutricional, está asociada con un desarrollo cognitivo más deficiente y resultados escolares negativos a largo plazo.

Una nutrición deficiente desde el nacimiento hasta los primeros dos años de vida puede perjudicar el desarrollo del cerebro y por ende el desarrollo conductual (8). De hecho, el peso al nacer es la determinante más importante de la mortalidad neonatal.

Los infantes con anemia por deficiencia de yodo están en riesgo en cuanto a su desarrollo; en varios estudios los niños que experimentan retardo en el crecimiento intrauterino han presentado resultados más bajos en salud, desarrollo cognitivo y socioemocional, en etapas posteriores de su vida.

Carencia de estimulación temprana y educación de calidad (8)

Dado de que el 80% del desarrollo del cerebro humano se da entre el nacimiento y los 3 años de edad, no cabe duda que la temprana infancia es considerada la fase más importante del desarrollo en la vida de un ser humano, esta fase tiene una influencia crucial en la salud y en la interacción social de una persona por el resto de su existencia. Los pensamientos, las sensaciones, los rasgos de la personalidad y las habilidades motoras se forman durante este período; los medios básicos de comunicación,

especialmente el habla y el lenguaje se desarrollan más adelante: entre los 3 y 6 años de edad.

Si el desarrollo neurológico en los niños menores de 3 años se atrasa como consecuencia de cuidados pre-natales inadecuados, mala alimentación o escasa estimulación, resulta muy difícil y muy costoso el poder compensar los efectos negativos que ello tendrá el resto de sus vidas. Entre las consecuencias de este retraso a mediano y largo plazo podemos mencionar: salud general deficiente, problemas de salud mental, conductas disruptivas que posteriormente en la vida pueden desembocar en criminalidad, problemas de aprendizaje que llevan muchas veces al abandono escolar, así como una capacidad de autocrítica disminuida; todas esto puede tener implicaciones muy profundas.

El déficit educacional limita la capacidad de los niños y adolescentes de tener acceso a la cultura, posteriormente a un trabajo de calidad y bien remunerado y a un bienestar de salud, psicosocial y socio-económico. Existen grupos que son especialmente discriminados cultural y socialmente en su acceso a la educación: los niños y adolescentes de familias en extrema pobreza especialmente de zonas rurales, las niñas de determinadas comunidades, los menores con discapacidades y la población infanto juvenil que padecen violencia doméstica. La educación sigue no cumpliendo con las expectativas. Asimismo, la creciente pobreza y el desempleo, los desastres naturales, la violencia y los conflictos civiles continúan amenazando el crecimiento de oportunidades en la educación, sobre todo para los adolescentes.

Una educación de poca calidad aminora las habilidades cognitivas, emocionales e intelectuales, aumenta la desigualdad social y los riesgos de presentar ciertos trastornos mentales, especialmente de tipo depresivo.

Vivienda precaria

Malas condiciones de vivienda: hacinamiento, poca salubridad y carencia de agua potable, genera en los niños y adolescentes que viven bajo estas circunstancias tensiones emocionales que pueden perjudicar la salud mental de ellos, independientemente de los daños que esto ocasiona en su salud física. A la vez las familias de estos menores también sufren impactos en su

salud mental. En general esta situación limita la participación social y aumenta los índices de criminalidad.

Exclusión social

La exclusión social engloba carencias en la participación e integración cívica, económica, social, comunitaria y familiar. (3)

Los fenómenos de exclusión en la infancia están estrechamente relacionados al deterioro de la autoestima, menoscabo de la resiliencia, disfuncionalidad familiar, redes sociales de apoyo ineficientes o inexistentes, bajo nivel académico o nula escolaridad, explotación laboral, situación de vivir en las calles (niños de la calle), disociación cultural, marginación, discriminación racial, así como discriminación económica y social (3).

La exclusión social lleva a la pérdida de la identidad social de un individuo.

Los niños y adolescentes en esta situación se sienten sin la suficiente motivación a seguir viviendo, lo que lleva a profundas depresiones, trastornos conductuales y comportamientos auto- y heteroagresivos, abandono del hogar pasando a vivir en las calles con el riesgo de caer en conductas tales como la mendicidad, el robo, el pandillaje, el consumo de sustancias psicoactivas, las conductas sexuales de riesgo, la criminalidad, etc.

Propuestas de intervención y prevención para enfrentar la pobreza y sus consecuencias psicosociales

Como prioridad se debe tener el desarrollo de los recursos emocionales, las competencias sociales (comportamientos adaptativos e interpersonales), las habilidades (solución de problemas, asertividad, control de la agresión), la resiliencia, la inteligencia emocional – entre otros recursos – de los niños y adolescentes, pues ellos representan la mayor potencialidad del ser humano. Debido al tiempo que los niños y adolescentes permanecen en las escuelas estas constituyen las principales instituciones para realizar estas estrategias. Fundamental es la salvaguardia de los derechos de los niños y adolescentes y de sus demandas básicas como son (3):

- Derecho a vivir
- Derecho a la alimentación
- Derecho a ser querido

- Derecho a la salud
- Derecho a la educación
- Derecho a la interacción e integración social
- Derecho al ingreso familiar
- Derecho a tener nombre y nacionalidad
- Derecho a la protección especial
- Derecho a tener una paternidad y maternidad responsable
- Derecho a cuidados pre-, peri- y postnatales en la etapa de lactante y primera infancia, así como en la etapa escolar y la adolescencia

La promoción de una vida saludable para la población infanto juvenil implica la mejora de las condiciones de vida y salud y requiere la implementación de políticas sociales que mejoren la nutrición, las condiciones de vivienda, el acceso a la educación y al sistema de salud, la actividad cultural, física y recreativa.

Es necesario reducir la inseguridad económica, promover nuevas actividades productivas en las comunidades, mejorar las condiciones de trabajo de los adultos en las familias, se deben crear programas para aminorar la pobreza enfocándose en los establecimientos de crédito con tasas de bajos intereses (1).

Mejorar la nutrición de los niños determina que su desarrollo socio-afectivo y cognitivo sea saludable y por ende promueve la salud mental de esta población; esto se puede lograr a través de (1):

- Programas de alimentación complementaria
- Monitoreo del crecimiento y desarrollo
- Consejería y atención psicológica

Las políticas destinadas a la mejora de las condiciones de vivienda repercuten positivamente en el desarrollo social de la población en general y de los niños y adolescentes en especial, aumentando su participación social y disminuyendo los índices de criminalidad. Acciones a seguir:

- Programas gubernamentales de mejora
- Fomento de participación comunitaria para mejoras comunales

La mejora al acceso a la educación en todos sus niveles contribuye definitivamente en la mejora de la salud mental (mejora de la autoestima, de

las habilidades cognitivas, emocionales e intelectuales, mejores perspectivas de trabajo a futuro, disminución de las desigualdades sociales). Estas políticas deben atender de forma especial a las poblaciones excluidas, para las cuales el acceder a la educación está obstaculizado de forma social y cultural, para lo cual se requiere:

- Programas de accesibilidad a la educación gratuita
- Mejora de la calidad del pensum académico
- Capacitación efectiva del cuerpo docente

Se deben implementar estrategias de enriquecimiento cultural y recreación, así como uso saludable del tiempo libre enfocándose especialmente en programas comunitarios de desarrollo personal.

El acceso universal a la salud constituye una de las prioridades de las políticas públicas con énfasis en la población de niños y adolescentes. Debe ser un sistema basado en la atención primaria, de carácter equitativo y solidario, independiente de la capacidad de pago, de cuidados preventivos más que curativos y que contribuya al enriquecimiento de la salud mental infante juvenil. Las principales estrategias a seguir serían:

- Disponibilidad de la atención básica de salud
- Programas que aborden los factores de riesgo y protección en las primeras etapas de la vida
- Programas de intervención realizados en los hogares durante el embarazo (prenatales), durante el parto (perinatales) y de la temprana infancia a través de visitas en el hogar
- Programas de capacitación de los padres en la crianza saludable de los hijos
- Programas educativos en salud utilizando los recursos de los medios de comunicación
- Programas de detección e intervención temprana realizados en las escuelas con niños y adolescentes que presenten síntomas de trastornos mentales y/o que sean hijos de padres con psicopatología

CONDICIONES FAMILIARES

El cuidador primario es la principal fuente de estímulos cerebrales en los primeros años de vida y su interacción con un infante tiene una enorme influencia sobre el desarrollo cerebral de este último. Estas primeras experiencias son vitales en el desarrollo de la capacidad para regular las propias emociones, disfrutar de la salud mental y física, y desarrollar destrezas perceptivas, cognitivas y comunicativas. Cuando se satisfacen las necesidades básicas de un infante, este puede avanzar más en el dominio de competencias básicas; el niño desarrolla la capacidad de pensar con sentido crítico, resolver problemas, colaborar con los demás y alcanza una mayor confianza en sí mismo. Estas capacidades también inciden en su desempeño escolar y en su vida general (8).

La salud de la madre, el nivel de educación de los padres, el estatus socioeconómico, los ingresos del hogar, los valores y actitudes de los padres hacia la crianza y la salud mental de los padres, todo en conjunto, afectan los resultados del desarrollo en la primera infancia y posteriormente en la niñez y adolescencia.

Cualquier problema crónico, sea de tipo físico o mental así como las enfermedades terminales, especialmente en los padres o en los cuidadores principales, pueden deteriorar el óptimo desenvolvimiento de los niños.

La salud mental materna también es esencial dado que la depresión y el estrés afectan el comportamiento de la madre durante la crianza y su capacidad para interactuar con sus hijos. Los hijos de madres depresivas tienen niveles más bajos en su función cognitiva y niveles más altos de problemas de conducta que los niños cuyas madres no son depresivas.

Los niños que viven con cuidadores que padecen carencias económicas están en más alto riesgo de padecer deficiencias nutricionales que llevan a retraso en el crecimiento y a enfermedades, mortalidad y morbilidad en la niñez. Los niños que se atrasan en su crecimiento, también tienen más posibilidad de desarrollar destrezas cognitivas débiles y alcanzar un desarrollo general más deficiente. Quienes cuidan niños pequeños que viven en condiciones de pobreza suelen estar estresados física y mentalmente y, con frecuencia, se marginan de interacciones significativas, enriquecedoras y estimulantes con sus niños. Estos pequeños tienen mayor probabilidad de

recibir un cuidado deficiente, el cual afectará su desarrollo cognitivo y socioemocional (8).

La evidencia empírica demuestra, por ejemplo, un fuerte vínculo entre la educación de la madre y las destrezas de vocabulario y lenguaje de su hijo. Las madres con niveles de educación más bajos tienen menos probabilidad de hablar con sus hijos y de usar un rango de vocabulario amplio. Cuanto menos lenguaje escuche un niño, tanta menos probabilidad tiene de usar el lenguaje con fluidez. La educación de la madre de un niño es un predictor importante del desarrollo de las destrezas socioemocionales del pequeño.

Las prácticas de maternidad y paternidad influyen en una serie de resultados de la niñez, que incluyen si un niño presenta un comportamiento agresivo o socializante. Las madres y padres más pobres interactúan con sus hijos con menos frecuencia. Las madres y padres con ingresos bajos usaron con mayor frecuencia el castigo físico con sus hijos, discusiones y gritos. Si la experiencia se vive a edad temprana, la violencia familiar aumenta la posibilidad de problemas mentales para los hijos más adelante en su vida. Además, la violencia se transmite entre generaciones: las hijas de madres que han experimentado abusos tienen más probabilidades de ser víctimas de la violencia en sus propias vidas, y sus hijos tienen más probabilidad de convertirse en abusadores. Adicionalmente, los niños nacidos en hogares violentos tienen menos posibilidad de recibir cuidado adecuado y más probabilidad de morir jóvenes (8).



VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y MALTRATO INFANTO JUVENIL (9, 10)

La violencia intrafamiliar hace referencia a toda acción u omisión realizada por un miembro sobre otro (s) del mismo grupo familiar que cause dolor o sufrimiento físico y/o psicológico e incida negativamente en el desarrollo armónico de las personas, vulnere sus derechos fundamentales y les afecte en los ámbitos personal, familiar y social. Se caracteriza por ser un fenómeno del ámbito privado de la familia, difícil de detectar y cuantificar y que puede ser entendido de manera distinta por diversos grupos culturales. Los efectos de la violencia intrafamiliar se traducen en alteraciones en la jerarquía de la familia, los estilos de crianza, la cohesión e interacción grupal, las atribuciones de roles, la vigencia de la autoridad paterna y las aglomeraciones (3).

Para el Centro Internacional de la Infancia en París, el maltrato infantil es cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo.

Existen diferentes criterios para la clasificación del maltrato a menores:

1. Momento
2. Autores
3. Acción, negligencia u omisión
 - *Momento en que se produce:*
 1. Prenatal
 2. Postnatal
 - *Autores del maltrato:*
 1. Familiar o Extrafamiliar
 2. Institucional
 3. Social
 4. Síndrome de Münchhausen por poderes
 - *Acción, negligencia u omisión:*
 1. Maltrato físico
 2. Maltrato verbal
 3. Maltrato emocional

4. Abuso sexual
5. Abandono físico
6. Abandono emocional
7. Negligencia

El maltrato es el resultado final de fuerzas que actúan en conjunto y repercuten negativamente sobre la víctima y su familia sin que haya características demográficas o familiares que excluyan la posibilidad de que suceda.

Factores de riesgo

- Discapacidad del niño
- Temperamento del menor
- Carencia de experiencia en el cuidado del menor
- Exposición a modelos de maltrato
- Historia de separación parental
- Problemas psicológicos y psicopatológicos
- Farmacodependencia y alcoholismo
- Relaciones conyugales conflictivas, estresantes, violentas y/o agresivas
- Relación parento-filial desadaptativa
- Familias numerosas
- Desocupación laboral
- Bajo nivel socio-económico
- Aislamiento y ausencia de apoyo social-comunitario
- Crisis económica
- Aceptación cultural de la violencia y del castigo
- Escasa o nula cobertura de los servicios sociales
- Influencia negativa de medios de comunicación
- Movimientos migratorios

Las situaciones de violencia y maltrato intrafamiliar de niños y adolescentes pueden tener múltiples efectos sobre el área psico-social infanto juvenil, los mismos que pueden persistir aún muchos años después. Estos efectos incluyen severos impactos personales:

- **Problemas en la salud física:** cambios en el desarrollo del cerebro, laceraciones, heridas, fisuras y fracturas que muchas veces pueden terminar con la muerte de la víctima
- Dificultades en la interacción con otras personas
- Resolución violenta de los conflictos
- Aceptación cultural de la violencia y las armas
- Problemas de aprendizaje y de adaptación a la escuela
- Dificultades en la expresión de pensamientos y sentimientos
- Problemas en el control de esfínteres
- Victimización secundaria
- **Problemas emocionales:** ansiedad, estados depresivos y/o agresivos, los mismos que muchas veces pueden desembocar en conductas suicidas y homicidios
- Fuga del hogar
- **Conductas de riesgo:** delincuencia juvenil, uso y abuso de sustancias psicoactivas y/o relaciones sexuales promiscuas en etapas sexuales de la adolescencia e inclusive antes.
- Embarazo no deseado
- Aborto voluntario
- Mal desempeño a futuro del rol parental
- Trastornos de la conducta alimentaria

FIGURA 1: CONSECUENCIAS FATALES DEL MALTRATO A MENORES



Fuente: Internet

La importancia, severidad y cronicidad de secuelas depende de:

1. Intensidad y frecuencia
2. Características del menor víctima
3. Uso o no de violencia física
4. Relación con agresor
5. Apoyo intrafamiliar
6. Acceso y competencia de servicios de ayuda

Es importante tener en cuenta que el riesgo relativo a la muerte es 3 veces y de tentativa de suicidio 5 veces superior en los menores que son víctimas de maltrato que en aquellos que no lo sufren.

Intervención

La finalidad debe ser el restablecer el equilibrio que sistema ha perdido (salud mental y crecimiento psicológico).

Para ello es importante considerar:

- A la víctima y su entorno ecosistémico
- Dar una lectura ecosistémica al problema en su conjunto
- Trabajar con dinámica de Redes
- Tener un enfoque multidisciplinario

- Mantener un diálogo experiencial con la familia

A nivel individual con la víctima de maltrato:

- Abordar psicopatología producto del maltrato si la hubiese
- Mejorar su autoestima
- Ayudar a la víctima a comprender fenómeno de la violencia
- Trabajar ambivalencia emocional a la que es sometido el menor por el sistema familiar
- Procurar una vinculación positiva con miembro adulto de la familia

Con el agresor:

- Investigar su sistema de creencias y su historia personal
- Desarrollar habilidades sociales y parentales
- Potenciar sus lados fuertes y positivos

Con la familia:

- Procurar la eliminación de toda expresión sintomática de violencia
- Conocer e intentar cambiar el código de reglas familiares y creencias que mantienen la violencia
- Trabajar fortalezas y puntos positivos de dicha familia
- Trabajar la historia de progenitores
- Conocer la comunidad en que vive la familia
- Conocer y trabajar con la red de apoyo

Intervención social Terapéutica:

- Detección y manejo de la revelación, notificación y señalamiento
- Protección del menor
- Rito de derivación a equipo terapéutico interdisciplinario

Trabajo Institucional Terapéutico:

- *Preventivo:* para evitar la aparición de alguna manifestación de maltrato en familias en riesgo
- *Ejecutivo:* para determinar qué medidas proceden para proteger al menor maltratado en caso de aparición de violencia

En el Sistema Social y Jurídico:

- Tener como objetivo el disminuir la incidencia de violencia y maltrato familiar a nivel nacional
- Elaborar plan nacional con protocolos específicos para trabajo en el sistema red.

Prevención

Primaria

- Formación de profesionales especializados para el efecto
- Educación sanitaria y escuela para padres
- Prevenir embarazos adolescentes
- Capacitación de personal en atención primaria
- Promover estimulación de menores
- Promover condiciones económicas y sociales que permitan satisfacer las necesidades básicas de las familias
- Impulsar y apoyar los programas de lucha contra la violencia intrafamiliar y el maltrato a menores

Secundaria

- Identificación de familias en riesgo
- Remitir a Salud Mental a padres con psicopatologías
- Información sobre redes de apoyo

Terciaria

- Intervención en caso de violencia intrafamiliar y maltrato
- Coordinación con trabajo social para visitas domiciliarias de seguimiento

ABUSO SEXUAL INFANTIL (35-43)

El presente trabajo intenta develar el costo de los silencios de un tipo de maltrato infantil, descrito, conocido, pero no suficientemente revelado, por las características y costos que esto tiene a nivel de sistemas familiares y/o judiciales. Cuando este maltrato ha sido denunciado, no es infrecuente la retractación de éste, y pocas veces se considera a nivel de políticas públicas de Salud en la mayoría de los países, el costo emocional y el riesgo de desarrollar psicopatología de las víctimas.

El Abuso Sexual Infantil (A.S.I.) es definido como un tipo de Maltrato Infantil, que se caracteriza por contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto en su rol de agresor usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, estimular al niño o a otra persona, e incluye abuso a través del engaño, uso de la fuerza física o presión (Coerción). En esta situación, la diferencia de edad entre la víctima y el agresor; impide una verdadera libertad de decisión y hace imposible una actividad sexual común, ya que entre los participantes existen marcadas diferencias en cuanto a experiencias, grados de madurez psíquica y biológica y expectativas. Acentúa la gravedad de la agresión, cuando en algunas oportunidades, las víctimas son niños con distintos desordenes cognitivos.

Las estadísticas indican que el A.S.I. representa un importante problema social y de salud a nivel mundial, pese a que se ha demostrado la existencia de un registro insuficiente del fenómeno, con relación a los costos psicosociales y al interior de las familias, de efectuar la denuncia. Estudios en USA y España, reportan que alrededor del 20 al 25% de las niñas y del 10 al 15% de los niños sufren algún tipo de abuso sexual antes de los 17 años. En América Latina más de 20 000 niños de los países más pobres son vendidos a pedófilos de EEUU, Canadá y Europa y más de 10 000 menores entre los 9 y 16 años de edad son destinados a prostíbulos. El tráfico de material pornográfico desde América Latina generando redes de pedofilia, se descubre y desarticula por las policías cada día más en nuestros países. En Chile, en Mayo de 2009, se firmó un convenio con OIT, para prevenir el tráfico infantil. El acuerdo favorecerá acciones destinadas a evitar que Chile sea usado como destino para el turismo con fines sexuales, por medio de la

realización de talleres y la distribución de material educativo en la comunidad.

Las instituciones cubanas juzgan y sancionan anualmente alrededor de 400 personas por delitos de abuso sexual en todas sus variantes, con un riguroso trabajo a cargo de comisiones integradas por especialistas de ámbitos multisectoriales.

Una encuesta en Estados Unidos realizada en adultos, sobre la historia de abuso sexual, mostró que un 27% de las mujeres y un 16% de los hombres reconocían retrospectivamente haber sido víctimas de abusos sexuales en la infancia. Los estudios revelan que las víctimas son más frecuentemente mujeres(58%) que hombres(40.1%), existiendo un mayor número de niñas víctimas de incesto, con una edad de inicio alrededor de los siete años, y un mayor número de niños víctimas de niños en el abuso extrafamiliar (pederastia), con una edad de inicio posterior a los doce años. La mayor parte de estos abusos suelen ser cometido por familiares (padres, hermanos mayores) o por personas relacionadas con la víctima (profesores, entrenadores, monitores). En uno y otro caso, que abarcan del 65% al 85% del total y que son las situaciones más duraderas y no suelen darse conductas violentas físicas asociadas.

Algunas estadísticas en Chile, obtenidas por el Servicio Médico Legal de Santiago y el Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales (CAVAS), permiten establecer que la gran mayoría de las agresiones sexuales infantiles son cometidas por un familiar o conocido de la víctima, así como que el delito de abuso sexual es el que aparece con mayor prevalencia, en comparación con el de violación y otras agresiones sexuales. Las conductas incestuosas tienden a mantenerse en secreto, existiendo diferentes factores que pueden explicar los motivos de esta ocultación: por parte de la víctima, el hecho de obtener ciertas ventajas adicionales, como regalos, o el temor a no ser creída, junto con el miedo a destrozarse la familia o a las represalias del agresor; y por parte del abusador, la posible ruptura de la pareja y de la familia y el rechazo social acompañado de posibles sanciones legales.

Al menos un 80% de las víctimas sufren consecuencias psicológicas negativas. El alcance del impacto psicológico va a depender del grado de

culpabilización del niño por parte de los padres, así como de las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima. En general, las niñas tienden a presentar reacciones ansioso-depresivas; los niños, fracaso escolar y dificultades inespecíficas de socialización, así como comportamientos sexuales agresivos.

El abuso sexual presenta una especial gravedad en la adolescencia porque el padre puede intentar el coito, existe un riesgo real de embarazo y la adolescente toma conciencia del alcance de la relación incestuosa. No son por ello infrecuentes en la víctima conductas como huidas de casa, consumo abusivo de alcohol y drogas, promiscuidad sexual e incluso intentos de suicidio, alteraciones en la esfera sexual como disfunciones sexuales severas, depresión y trastorno de estrés postraumático, así como un control inadecuado de la ira, canalizada en forma de conductas autodestructivas.

Si bien es cierto, no se ha comprobado ni descrito la existencia de ningún síndrome específico como secuela de las agresiones sexuales, éstas tienen múltiples y severas repercusiones negativas sobre distintos aspectos psicosociales de los menores, que dependen de factores propios de la agresión. Se ha descrito que con relación a la cronicidad de la situación abusiva, la sintomatología variará. En la etapa de inicio, predomina el trastorno por estrés agudo y el trastorno por estrés postraumático (TEPT), en tanto que en la fase crónica prevalece el síndrome de acomodación a la victimización reiterada. Importante es aquí reflexionar sobre que el síndrome de acomodación a la victimización reiterada no constituye un cuadro psicopatológico definido en el DSM-IV-R.

El síndrome de acomodación al abuso sexual infantil (SAASI), es descrita por Summit en 1983, y se caracteriza por:

- *Secreto*: generalmente mantenido por la acción coercitiva del adulto abusador.
- *Desprotección*: derivada de la subordinación básica dentro de un vínculo anómalo con una figura de autoridad.
- *Atrapamiento y acomodación*: derivados del aprendizaje de la acomodación a la realidad del abuso sexual sostenido.

- *Desvelamiento tardío*: se da al producirse el quiebre defensivo, pudiendo ser accidental (descubierto por terceros) o intencional.
- *Retractación*: por lo general ligada a las presiones familiares, depende mucho de la actitud de la figura materna en la relación incestuosa y de los intereses en juego. El niño/a teme ser agredido por la madre, perder el vínculo con ella y/o el espacio familiar. La retractación consta de dos partes, en la primera reconoce y niega el abuso al mismo tiempo, en la segunda, el conflicto entre aceptación y negación se resuelve negando.

Aún cuando Ronald Summit no ha descrito este síndrome como un cuadro nosológico, la mayoría de las menores víctimas de ASI lo padecen. Debemos considerar que cuando el Abuso Sexual Infantil es denunciado, la aparición del SAASI, ya descrito debe considerarse como un nuevo acto de violencia de la cual es víctima el menor.

Un meta-análisis de investigaciones sobre las consecuencias del abuso sexual infantil confirmó que éste tiene variadas manifestaciones a corto y largo plazo. Este estudio encontró que el haber sufrido agresiones sexuales infantiles incrementa el riesgo de desarrollar síntomas de TEPT, en relación a la población general; asimismo, el riesgo de depresión o suicidio se incrementa significativamente, el de promiscuidad sexual, cercano al 100%, el riesgo de perpetuar el ciclo víctima-perpetrador en un 57% y la reducción del rendimiento académico en un 71%.

Un estudio realizado en Chile acerca de las agresiones sexuales infantiles, en relación a la prevalencia de síntomas asociados a éstas, evidenció que los niños/as afectados/as presentaban un 85% de síntomas ansiosos, un 57% depresivos, 49% de trastornos del sueño, 49% de defectos de atención/concentración, 43% de conductas evitativas, 36% de auto/heteroagresividad, 28% de defectos del control de la impulsividad, 26% de alteración de la conducta sexual, 23% de distorsiones cognitivas y un 23% de alteraciones de la conducta alimentaria.

En relación a las consecuencias a largo plazo de las agresiones sexuales infantiles, una investigación con población representativa estadounidense evidenció que las víctimas de agresiones sexuales tenían una prevalencia de trastornos psiquiátricos mayor a lo largo de sus vidas que la población no

victimizada. Un 78% de las mujeres y un 82% de los hombres que reportaron haber sido victimizados sexualmente presentó al menos un trastorno psiquiátrico, en comparación con el 48.5% de las mujeres y un 51.2% de los hombres de la población general. Las mujeres que reportaron haber sufrido agresiones sexuales, presentaron un 39.3% de depresión, mientras que dicho porcentaje en la población general es de 21.3%. El diagnóstico de TEPT en las víctimas de atentados sexuales fue más de ocho veces más común que la población normal.

Existen un gran número de estudios y baterías utilizados, que pueden explorar y determinar la presencia de un Abuso Sexual Infantil, que requieren de un abordaje multidisciplinario para poder establecer el abuso en la víctima, la repercusión de éste en la vida psico afectiva del menor, que deben ser utilizados tanto para el diagnóstico, como para poder mediar un trabajo psicoterapéutico, e inciden a nivel jurídico para establecer la condena a los agresores. El conocimiento de esto, ha permitido condenar a victimarios a pesar de fenómenos de retractación de las víctimas.

DUELO

Cualquier modificación de los papeles en un miembro de la familia inducirá un cambio en los demás. Por lo tanto, la muerte de uno de ellos conlleva una reorganización de las relaciones familiares. Dicha reestructuración se va tejiendo mucho antes de la pérdida, a lo largo de toda la fase terminal. Por supuesto siempre y cuando se conozca de antemano. Cuando la muerte es violenta esta preparación no se efectúa. La muerte de un niño o de un adolescente, es tal vez, la pérdida familiar que requiere un apoyo psicológico más intenso y prolongado por ser la más incomprensible.

El duelo, como proceso está normado en todas las culturas. Todas las culturas tienen un proceso para elaborar el duelo: el velorio, el llanto en familia, el entierro, con toda una serie de rituales. En todas las sociedades se establecen, porque es una necesidad del ser humano llorar a sus muertos. La sabiduría popular lo dice: *“Hay que llorar a los muertos, porque el llanto es un alivio”*. La tristeza que no se expresa daña la mente, y no solamente eso, esta tristeza que no se expresa, va a repercutir en las funciones fisiológicas

en todos los aparatos y sistemas. Se pueden expresar de muchas maneras estas alteraciones como: taquicardia, malestares estomacales, hipertensión, alteraciones cutáneas, disfunciones sexuales etc., etc. Pero lógicamente donde más repercusión tiene es a nivel psíquico.

Los niños elaboran el duelo de una forma muy curiosa, no igual que los adultos. Los niños a veces empiezan con un llanto furioso acompañado de acciones más o menos agresivas, poco a poco este llanto violento deja paso a un llanto más suave pero más continuo. Quizás entonces pregunte el por qué “se fue” su ser querido, cuándo volverá y si el ha tenido alguna responsabilidad con que su ser querido se fuera. A veces preguntan si el que se murió va a volver, a veces dicen: “cuando él regrese” “cuando el viva otra vez”. Los sentimientos de culpa muchas veces en los niños están relacionados con el hecho de que alguna vez le desearon la muerte a un miembro de la familia y al morir éste el cree, en su pensamiento mágico, tener la responsabilidad.

Hay factores que dificultan la elaboración del duelo como son:

- Cambios vitales masivos cuya magnitud sobrepasa la capacidad de las personas para poder solucionarlos.
- Falta de familia o de otros sistemas de soporte social bien estructurado.
- Cambios no deseados, inesperados y prematuros y para los que no ha existido preparación anticipada o esta ha sido inadecuada.
- Algunas pérdidas muy bruscas, catastróficas o poco preparadas, llevan al predominio de la ansiedad y de sentimientos persecutorios intensos que son típicas de los trastornos por estrés postraumáticos.
- Migraciones mal preparadas desde el punto de vista psicosocial.

Aunque lo que desencadena el duelo es siempre idiosincrásico de cada persona, existen situaciones que prácticamente desencadenan duelos en todos los seres humanos y que implican factores de riesgo. Lógicamente estos factores de riesgo van a ser diferentes según la etapa de la vida en que

se encuentre la persona en cuestión. En la infancia será un factor de riesgo importante la pérdida y separación de los padres, así como la pérdida de contacto con el medio familiar. En la adolescencia constituyen factores de riesgo la separación de los padres, del hogar y de la escuela.

La forma de elaborar los duelos es fundamental en la re-adaptación al entorno. La actitud que se debe asumir ante un duelo en la atención primaria debe ser: ante todo una actitud receptiva y observadora poniendo al máximo la capacidad de escucha empática, valorar los factores de riesgo así como si existen trastornos del sueño.

Es muy importante diferenciar entre el duelo normal y el patológico. En caso de duelo normal solamente se debe hacer un seguimiento semestral y anual, si existen factores de riesgo. En caso de “duelo patológico” es necesario establecer un proceso de elaboración del duelo y si el problema es muy grave o crónico aplicar el tratamiento específico para el trastorno que se manifiesta en ese momento.

Los niños ante la muerte

La reacción de los niños por la muerte de un ser querido es muy diferente a la reacción de las personas mayores. Los niños de edad pre-escolar creen que la muerte es temporal y reversible. Esta creencia está reforzada por los personajes de los dibujos animados que se “mueren” y “reviven” otra vez. Los niños entre 5 y 9 años comienzan a pensar más como adultos acerca de la muerte, pero todavía no pueden imaginarse que ellos o alguien que ellos conozcan puedan morir. Al choque y la confusión que sufre un niño que ha perdido su hermanito, hermana, papá o mamá se le añade la falta de atención adecuada de otros familiares que lloran esa misma muerte y que no pueden asumir adecuadamente la responsabilidad de cuidar al niño. Los padres deben estar conscientes de cuales son las reacciones normales de los niños ante la muerte de un familiar, así como cuales son las señales de peligro. Es normal que durante las semanas siguientes a la muerte algunos niños sientan una tristeza profunda o que crean que el ser querido continúa vivo. La negación a largo plazo o el evitar las demostraciones de tristeza no es saludable y puede resultar en problemas severos en el futuro.

No se debe obligar a un niño que está asustado a ir al velorio o al entierro, pero si se le puede permitir participar en alguna ceremonia simbólica, como

encender una velita, decir plegarias o visitar la tumba. Cuando el niño ha aceptado la muerte es normal que manifieste su tristeza de vez en cuando a través de un largo periodo de tiempo, a veces en momentos inesperados. Sus parientes deben de pasar todo el tiempo posible con el niño y hacerle saber bien claro que tiene permiso para manifestar sus sentimientos libre y abiertamente. Si la persona muerta era esencial para la estabilidad del niño, la ira es una reacción natural. Esta se puede manifestar en juegos violentos, pesadillas, irritabilidad o en una variedad de otros comportamientos. Esta agresividad se muestra a veces contra los demás miembros de la familia. Después de la muerte del padre o de la madre, muchos actuarán de manera más infantil, exigiendo comida, atención, cariño y hablando como un “bebe”.

Los niños más pequeños creen que ellos son la causa de muchas de las cosas que suceden a su alrededor. Puede pensar que la persona murió porque él una vez “deseo” que se muriera. Se siente culpable porque cree que su deseo se “realizó”.

Señales de peligro

- Un período prolongado de depresión durante el cual el niño pierde interés en sus actividades y eventos diarios.
- Insomnio, pérdida del apetito o miedo prolongado a estar solo.
- Regresión a edad más temprana por un período largo de tiempo.
- Imitación excesiva de la persona muerta.
- Decir frecuentemente que quisiera irse con la persona muerta.
- Aislamiento de sus amiguitos.
- Deterioro pronunciado en los estudios o negarse a ir a la escuela.

Estos síntomas de aviso pueden indicar que se necesita ayuda especializada.

El duelo en la infancia y la niñez pasa por **las siguientes etapas consecutivas:**

1. **Impacto y crisis:** las manifestaciones son desorientación, confusión, ansiedad, etc.
2. **Pena, aflicción y anhelo** por el ser querido.

3. **Manifestaciones de protesta, ira y resentimiento** que pueden ser interpretadas como una manera simbólica de mantener la unión con el ser querido. Pero puede también reaccionar contra los “sustitutos” y contra los supuestos causantes fantaseados de la pérdida.
4. **Desesperanza**: se hace apático, retraído, pierde la esperanza y la confianza en los familiares y hasta en el mundo.
5. **Elaboración, aceptación y reorganización**, donde el niño ya va recuperándose a nivel emocional, cognitivo y relacional. De no existir esta quinta etapa, o sea si el duelo no se elabora el niño pierde la “confianza básica”, se inhibe total o parcialmente, pierde la vinculación con los seres queridos y **posiblemente evolucione hacia un trastorno psíquico.**

Los lactantes (0-2 años) no tienen comprensión de la muerte, pero son muy sensibles a los cambios en la organización y cuidados y a las emociones negativas de los familiares. La ansiedad ante la separación es intensa. **Los párvulos (3-5 años)** creen que la muerte es temporal y reversible. Producto de su egocentrismo pueden considerar que la muerte del ser querido es un castigo para él o el cumplimiento de un deseo. Pueden creer que son responsables por la muerte. Creen que la enfermedad terminal puede ser contagiosa. **Los escolares (6-10 años)** conciben ya la muerte como permanente y real, pero no son capaces de comprender su propia mortalidad. **En la adolescencia temprana (11-13 años)** consideran que la muerte es real final y universal. Comprenden la diferencia entre vivir y no vivir. Están interesados en los aspectos biológicos de la enfermedad y en el funeral. **En la adolescencia media y tardía (14-20 años)** comprenden las consecuencias existenciales de la muerte a medida que adquieren las capacidades para el pensamiento lógico formal, para el pensamiento abstracto. A medida que maduran emocionalmente pueden “negar” su propia mortalidad a través de conductas de riesgo, actuaciones y provocaciones.

Abordaje

Si se trata de un niño las indicaciones serán encaminadas a ayudar a que el progenitor se exprese y nos cuente las reacciones de éste. Es esencial

comprender los sentimientos de los niños ya que, incluso menores de cuatro años, anhelan al ser querido que se fuera. Abrigan la esperanza de que regrese y se ponen tristes y coléricos cuando toman conciencia de que no será así. Además hay: recuerdos e imágenes de la persona muerta, accesos de pena y tristeza, especialmente en reuniones de familia y aniversarios. Cuando una nueva relación del progenitor sobreviviente marcha bien se recrudece el temor a ser abandonado. Es sumamente importante mantener la atención sobre el rendimiento escolar. Es necesario establecer una relación de confianza. En niños mayores y adolescentes puede bastar una conversación. El niño en edad escolar el dibujo de la familia comentado puede ayudar. En niños más pequeños se puede utilizar algún juguete. A veces es necesario realizar una entrevista de terapia familiar conjunta. Hay muchas experiencias en que en una entrevista, utilizando técnicas de psicoterapia familiar, los niños que han perdido un familiar muy cercano elaboran muy bien su duelo con posterioridad. Es evidente que es una situación muy dolorosa, es verdad que duele elaborar un duelo. Es por eso que a veces los familiares rehúyen informar al niño de la pérdida de su madre, padre u otro familiar querido y usan engaños para posponer una noticia imposible de ocultar. Es sumamente importante que esta información se realice en un ambiente de mucha privacidad y tranquilidad. Deben estar presentes todos los miembros de la familia para poder “contener” el dolor del niño y que este pueda percibir que los demás familiares sienten la misma tristeza que él está experimentando. Esto cumple la función de que el niño valore los sentimientos positivos que todos mantienen hacia el familiar desaparecido.

Para todos estos manejos terapéuticos es necesario tener en cuenta cómo evoluciona la comprensión de la muerte por los niños y adolescentes.

SITUACIONES DE SEPARACIÓN PARENTAL (11, 12)

En la última década, el porcentaje de familias desestructuradas ha ido en vertiginoso aumento en el mundo entero, y de manera especial en los países en vías de desarrollo y subdesarrollados. Las causas principales de este fenómeno psicosocial son la crisis económica y el creciente desempleo, lo que conlleva además a la emigración de uno o ambos progenitores en busca de mejores fuentes de trabajo que oferten mayores ingresos.

Dentro de un proceso de disolución familiar, el subsistema que se ve más afectado es el filial. Estas alteraciones se manifiestan principalmente en las esferas emocional y psíquica, que se acentúan especialmente cuando los afectados se encuentran en la etapa de la pubertad o adolescencia.

Cuando ocurre una separación, los hijos experimentan una especie de *duelo*, por la pérdida de la vida con los padres juntos y por el rompimiento de la estabilidad familiar, con todo lo que esto implica, además de la amplia gama de sentimientos que se producen. Los hijos pueden experimentar sentimientos de culpa por la percepción de que ellos pudieron ser los responsables de que sus padres se separaran, situación que en muchos casos se presenta por el señalamiento de alguno de los padres o de ambos hacia el hijo *"que con sus comportamientos hizo que su papá o mamá se fuera"*. También pueden experimentar rabia ante alguno de los padres o ante ambos por lo que está viviendo, así como impotencia por la sensación de no poder hacer nada para evitarlo y, por supuesto tristeza ante todo lo que está presenciando. Otros pueden encerrarse en sí mismos como parte de un mecanismo de defensa contra el daño que la separación le ocasiona, o pueden mostrar rebeldía, fallos en la escuela, etc.

En una escala por edades, asegura la psiquiatra infantil de la Universidad de Sevilla, Rafaela Caballero, que entre un 20% a un 35% de los niños expuestos al divorcio o algún tipo de separación física de sus padres, van a presentar problemas emocionales y que un 10% de éstos continuará con secuelas en su vida adulta.

A la hora de estudiar los efectos de la separación parental en los hijos es difícil determinar si es la propia separación lo que les afecta o una serie de factores sociales que acompañan muy frecuentemente a dicha separación de las parejas. Entre los factores sociales destacan:

- Pérdida de poder adquisitivo. La convivencia en común supone el ahorro de una serie de gastos que se comparten. La separación conlleva una pérdida de poder adquisitivo importante.
- Cambio de residencia, escuela y amigos. La separación de los padres conlleva cambios importantes en el entorno del hijo. Puede tener que cambiar de colegio, o de residencia. El impacto que tiene este factor en el desarrollo y ajuste social del niño es muy importante.
- Convivencia forzada con un padre o con miembros de la familia de alguno de ellos. No siempre la elección del padre con el que se convive es la que el niño quiere. La familia de los separados apoya el trabajo adicional y aporta frecuentemente el apoyo necesario para que el padre que se hace cargo del niño pueda realizar sus actividades laborales o de ocio. Este factor conlleva una convivencia con adultos, muchas veces muy enriquecedora y otras no tanto.
- Disminución de la acción del padre con el que no conviven. El padre que no está permanentemente con su hijo deja de ejercer una influencia constante en él y no puede plantearse modificar comportamientos que no le gustan. Por otro lado, el niño pierde el acceso a las habilidades del padre que no convive con él, con la consiguiente disminución de sus posibilidades de formación.
- Introducción de parejas nuevas de los padres. Es un factor con una tremenda importancia en la adaptación de los hijos y tiene un efecto importantísimo en la relación padre/hijo.

Si se dan, además factores emocionales en los padres los efectos negativos en los hijos pueden multiplicarse. Por ejemplo:

- Una mala aceptación de la ruptura por uno de los padres puede llevarle a los hijos a convivir con una persona deprimida u hostil.
- Una separación conlleva de forma por su propia esencia una cierta hostilidad entre los padres. Cuando esa hostilidad se traslada a los hijos, intentando que tomen partido o que vean a

la otra persona como un ser con muchos defectos, se está presionando al niño para que vea a su padre o madre desde un punto de vista equivocado, porque tendrá muchos defectos; pero siempre será su padre o su madre. Si la hostilidad entre ellos persiste después de la separación, es difícil que no afecte la convivencia con el niño.

Los efectos de la ruptura parental en ellos no se limitan al periodo de duración de la separación, sino que trascienden a toda su vida generándoles dificultades para creer en la continuidad de la pareja, con lo que su nivel de compromiso es mucho menor.

Como siempre hay que señalar que las reacciones emocionales que se dan en los hijos no están predeterminadas. Dependen de un número importante de factores, como la historia del niño y la manera y habilidad que tiene para enfrentarse a la nueva situación que tiene una influencia tremenda en su vida, edad, explicaciones recibidas, continuidad de la relación con ambos progenitores, acuerdos o desacuerdos entre los padres, grado de hostilidad entre los mismos, intervención de otros adultos o sistemas, etc.

Como orientación se incluyen algunas de las reacciones que pueden aparecer dependiendo de la edad.

De tres a cinco años:

- Se creen culpables por no haber hecho la tarea o no haber comido. Su pensamiento mágico les lleva a tomar responsabilidades tremendamente imaginarias.
- Temen quedarse solos y abandonados. Hay que recordar que en estas edades los padres constituyen el universo entero de los niños y que la relación en la pareja es el medio en el que ellos están cuidados y mantenidos.

Pueden desarrollar:

- Conductas regresivas, como: orinarse en la cama, succionar el pulgar, hablar como bebé o portarse mal
- Enojo, que manifiestan golpeando o rompiendo sus juguetes
- Tristeza, depresión, baja autoestima

La edad más difícil es la de 6 a 12 años:

- Se dan cuenta de que tienen un problema y que duele y no saben como reaccionar ante ese dolor.
- Creen que los padres pueden volver a juntarse y presionan o realizan actos que no llevan más que a un sentimiento de fracaso o a problemas adicionales en la pareja.
- Tienen un conflicto de lealtad, porque quieren por igual a padre y madre y no saben a quién de los dos elegir.

El aspecto menos diagnosticado del divorcio es la depresión en los niños. A menudo están tristes, distantes y esquivos aunque les vaya bien en la escuela. Los síntomas incluyen mal humor, enojo y peleas. Habitualmente estos síntomas no son considerados una evidencia de depresión pero generalmente los son. Los chicos cuando se deprimen se vuelven irritables, contestan mal, no escuchan y hasta sobresaltan con exabruptos. Cuando la depresión no se detecta y orienta, estas conductas empeoran dejando perplejos y sin saber que hacer a padres y maestros.

A esta edad:

- El miedo puede derivar en problemas de conducta,
- No son lo suficientemente maduros como para entender el proceso de duelo,
- Se distraen con facilidad, dificultades para concentrarse en el juego y en las tareas escolares,
- Pueden asumir un rol parental en el hogar,
- Llanto fácil, pesadillas, dolor de panza o de cabeza,
- Pueden tornarse demandantes para compensar lo que les falta,
- En los "*divorcios destructivos*" el miedo deriva en el desarrollo patrones de comportamiento perjudiciales a largo plazo: mentira, robo o agresión,
- Otras veces, tienen conductas manipuladoras y aprovechan las fisuras entre los adultos para satisfacer sus caprichos,
- Otros, cuando la tensión familiar crece, desarrollan síntomas físicos (vómitos, dolor de cabeza, de panza) que separan a los contrincantes para ocuparse de ellos.

12 a 14 años:

- Entran en un período en el que ya es difícil que se les engañe con el tema del divorcio.
- Miedo, soledad, depresión, y culpabilidad.

15 a 18 años:

- Lo que intentan es quitarse de en medio y desmarcarse de esa situación.
- Dudan de su habilidad para mantener una relación de pareja.

Como elemento a tener en cuenta en la asignación de los hijos a los padres es el hallazgo de que los hijos criados por el padre del mismo sexo se desarrollan mejor.

La separación de los padres no puede considerarse como una causa de problemas psicológicos, sino como un factor que hace a la persona más vulnerable.

Intervención y Prevención

La separación de los padres, siempre produce un alto impacto emocional en los hijos. Atenuar este impacto para que sus consecuencias no acarreen un daño irreversible en su desarrollo psico - evolutivo, así como, alcanzar una reorganización familiar viable, es crucial para los niños.

La ruptura se ha instituido para la pareja, no para los padres, no existen "*ex hijos*" ni "*ex padres*". Los esposos no se divorcian de sus hijos, ni entre sí como padres, o... al menos, no deberían hacerlo. Se debe conservar el vínculo parental que los une como padres. Esta disolución implica la transformación de la familia nuclear original - constituida por padres e hijos - en una familia con una estructura diferente: la familia binuclear, con dos núcleos representados por la casa de la mamá y la casa del papá. Este tipo de configuración familiar requiere para ser viable, el ejercicio conjunto de la parentalidad o coparentalidad. Es decir, es viable en tanto los padres cumplen conjuntamente las funciones de crianza.

Se ha comprobado que es preferible para la estabilidad emocional de los hijos, unos padres separados pero felices a unos padres juntos pero que viven peleando, sin llevar ninguna relación de amor. Ellos llegarán a

entenderlo, si es bien manejado e incluso podrán llegar a asumirlo como una experiencia más de su vida que los hará crecer como personas. Sin embargo, para que los hijos puedan comprender la separación y adaptarse poco a poco al nuevo estilo de vida, es importante considerar varias recomendaciones generales para el manejo efectivo del mismo (13):

- En principio es importante mantener una actitud abierta y clara, explicar sinceramente (sin detalles dolorosos) lo que está pasando y el porqué, sin culpar a nadie y mucho menos a los hijos; hablar con ellos en el momento apropiado, estimular a que pregunte lo que desee y contestarle con sinceridad, tomando en cuenta su edad, capacidad de comprensión y sus características personales.
- Además debe permitírsele expresar sus sentimientos ante la separación cuando así lo desee y comprenderlo, y que sepa lo que sus padres están sintiendo también.
- Los niños tienen el derecho de ver y estar con sus padres cuando así lo deseen, así que no deberá prohibírsele el poder hacerlo. Pueden conversar y llegar a un acuerdo acerca del régimen de visitas, vacaciones y por supuesto también deben acordar mutuamente las normas a señalar en ambos hogares para que no existan confusiones.
- Por todo esto, deben tratar de llevar una relación *respetuosa* entre ambos, no expresar cosas negativas del otro delante del niño, y no utilicen al niño como mensajero, ni para obtener beneficios propios, ni para interrogarlo intentando explorar qué hace o deja de hacer el otro; ni tampoco amenacen a su hijo como un castigo a su comportamiento, con llevarlo o dejarlo con el otro progenitor.
- No someter a su hijo a la difícil situación de escoger con qué progenitor quiere quedarse, esto genera angustia y sentimientos encontrados.
- En el caso de que exista una nueva pareja, darle tiempo al niño para que la conozca y se adapte a la nueva relación, dejar que

sea él quien decida como llamarla, pero tomar en cuenta que es preferible el papel de una buena amiga o de un buen amigo que no asuma las responsabilidades y aplique normas disciplinarias, que le corresponden a su padres biológicos.

- Durante todo este proceso de separación, los hijos necesitarán más de cada uno de sus padres, hay que compartir el mayor tiempo posible con ellos y expresarles su amor hacia ellos y que esto no cambiará. No lo llenarlos de cosas materiales para tratar de llenar espacios de afecto y no sentirse culpables.
- También es importante que no fomentar las fantasías de reconciliación que pueden tener los hijos, si la decisión es definitiva, hacérselo saber para que ellos puedan terminar de cerrar su proceso y comprender la situación.
- Visitar el colegio de los hijos e informar a su maestra la situación que están viviendo, solicitando toda su cooperación ante su rendimiento académico.
- Estar atentos ante cualquier conducta negativa que pueda presentar el hijo que se prolongue más de lo esperado y consultar algún profesional especializado.
- Recordar que no debe transmitir al hijo la experiencia negativa que pueda haber vivido con respecto a "*las relaciones amorosas*", explicarle que no todas tienen porqué ser así y fomentar una actitud abierta ante el tema y no la predisposición al fracaso en todas las relaciones que pueda llegar tener.

MIGRACIÓN (14, 15, 16, 17)

Las migraciones son un proceso multidimensional que entraña un complejo contrapunto de riesgos y oportunidades para las personas, las comunidades y los Estados. En el análisis de sus causas y efectos, se observa una relación de contrastes entre las dinámicas económicas, sociales, jurídicas y políticas. Se aprecia que muchos proyectos migratorios se traducen en formas de mejoramiento personal, pero también se advierte la vulneración de los derechos humanos en otros casos, en especial cuando los afectados son niños, niñas y adolescentes.

Uno de los factores que más ha incidido en el aumento de la migración ha sido la creciente disparidad en los niveles de vida y beneficios sociales y laborales (acceso a educación, servicios de salud y pensiones) entre los países desarrollados y los países en desarrollo. A pesar de los riesgos que implica la migración, sigue siendo para millones la única esperanza de progreso y realización.

Las remesas permiten financiar la educación de los niños, prevenir deserciones y así, contribuir a evitar el trabajo infantil. Sin embargo, las familias con intención de migrar tienden a invertir menos en la educación de sus hijos, entre otros motivos, porque suponen que ésta no será reconocida ni relevante en el país de destino.

Podemos identificar tres situaciones o escenarios que en el marco de los procesos migratorios, condicionan la vida de niños, niñas y adolescentes:

a) Los niños que migran junto a sus padres/familias

Estos menores están expuestos a muchos factores de riesgo:

- Generalmente son víctimas de explotación, endeudamiento, repatriación y prostitución
- Presentan problemas idiomáticos, especialmente si viajan a países con un idioma diferente a su lengua natal
- Habitan en malas condiciones de vivienda
- Su situación económica es tensa y tienen desigualdad de oportunidades

- Su perspectiva de vida es incierta por la discriminación social, jurídica, académica, laboral y racial a la que generalmente se ven sometidos
- Hay fuertes estresores familiares (separación, divorcio, muerte de alguno de los progenitores)

Los niños y adolescentes en estas circunstancias presentan claros cambios en su conducta y emocionalidad:

- Sentimientos de ambivalencia, confusión de la identidad social y distorsión de la realidad
- Conflictos psicológicos y situaciones de estrés psicosocial al vivir entre dos culturas (aculturación, biculturalidad)
- Elevados índices de ansiedad, desarraigo, depresión e inclusive de suicidio
- Sentimientos de marginalidad y aumento de síntomas psicósomáticos
- Trastornos conductuales y de aprendizaje (abandono escolar)
- Elevados índices de delincuencia juvenil y/o farmacodependencia
- Vulnerabilidad a trastornos psicóticos

Por otro lado se dan modificaciones familiares y sociales:

- Giro en los roles familiares
- Cambio en la dinámica intrasistémica, conflictos con el subsistema parental
- Actitud negativa hacia su propia cultura
- Proceso complejo de adaptación psicosocial

b) Los niños que permanecen en el país de origen cuando sus familiares directos trasladan su residencia a otro país

La jefa, el jefe o los jefes de familia parten dejando atrás a sus hijos e hijas, provocando el debilitamiento en el ejercicio de la responsabilidad paterna y materna, con severas consecuencias en el cuidado y desarrollo de los niños y niñas. Debemos considerar que la afectación de la familia y fundamentalmente la desintegración de la misma debido al proceso migratorio, perjudica el cumplimiento adecuado de los roles parentales, alterando directamente el desarrollo humano de las niñas y los niños, sobre

todo en los procesos evolutivos en el que el relacionamiento parental directo es muy necesario.

Detrás de cada historia de un padre o una madre migrante hay niños, niñas y adolescentes que sufren por el desprendimiento de sus vínculos afectivos más importantes y crecen sin el derecho a disfrutar de la vida en familia. Asimismo, la migración de uno o ambos padres desestabiliza la unidad familiar y obliga a los restantes miembros del hogar o a otros familiares cercanos a asumir nuevos roles como jefes y/o jefas de familia. De esta manera, las abuelas y abuelos o los hermanos mayores quedan al cuidado de los niños y niñas de la familia mientras los padres se encuentran en el extranjero, lo cual genera confusión de roles y niveles altos de estrés en las personas. En los casos descritos, y particularmente en contextos de pobreza, la migración puede promover el desarraigo del medio escolar determinando que niños y niñas se involucren en actividades de trabajo infantil. Particularmente aquellos adolescentes que deben hacerse cargo de sus hermanos menores, probablemente dejen sus estudios asumiendo responsabilidades desmedidas para su edad.

Al igual que las situaciones de violencia, la emigración de uno o ambos progenitores en busca de mejores condiciones de vida, genera en los hijos, los denominados “*dejados atrás*”, consecuencias a corto, mediano y largo plazo en su interacción social y en su emocionalidad, que puede degenerar en severos problemas en la salud mental de ellos:

- Ansiedad
- Alteraciones somáticas y vegetativas
- Autorecriminaciones y actitudes defensivas
- Baja autoestima, inseguridad, sensación de ser rechazados y abandonados
- Trastornos depresivos en sus diferentes formas, incluso con conductas suicidas
- Baja tolerancia a la crítica y a la frustración
- Impulsividad
- Sensación de ser diferentes a sus coetáneos
- Bajo rendimiento académico que puede llevar a la deserción escolar

- Aislamiento social
- Distorsión de la realidad, ambivalencia y desconfianza
- Uso y abuso de sustancias psicoactivas
- Conductas violentas, delincuencia y criminalidad
- Desconexión de los entornos familiares y sociales
- “Abismos generacionales”
- Procesos patológicos de cambios, **duelos** y pérdidas

El costo de la desunión familiar, que ocasiona el crecimiento de hijos sin padres, pero en ocasiones con la capacidad de adquirir fácilmente bienes por las remesas que les envían sus padres, favorece el involucramiento de muchos jóvenes y niños en una sociedad cada vez más consumista, donde pueden acumular dinero sin tener una buena educación, sin el afecto de sus progenitores. En un panorama más complejo, hay padres que no envían dinero a sus hijos e hijas creando traumas de abandono e incrementando su pobreza.

c) Los niños que migran solos, sin la compañía de sus padres o responsables

Un significativo número de niños, niñas y adolescentes abandonan su país de residencia año tras año para migrar de manera solitaria hacia otro país, principalmente en el afán de reencontrarse con sus familiares que residen en el extranjero o para brindar una ayuda a los familiares que dejan en su terruño.

Según la ONG Casa Alianza, en el año 2006 existía un estimado de 25 mil niños de entre 11 y 17 años de edad que migraron a los Estados Unidos. La mayoría de ellos lo hicieron como consecuencia de la pobreza y de la violencia que se vive en la región.

Un aspecto a tener en cuenta en este escenario es si en el trayecto los niños son separados de sus padres por las autoridades durante la repatriación, transformándose así en un niño, niña o adolescente no acompañado o separado de su familia.

Nos centraremos especialmente en esta situación dada la particular vulnerabilidad en la que se encuentran niños, niñas y adolescente al emigrar,

y la dificultad que se le presenta a los Estados para lograr que estos niños, en este contexto, puedan hacer pleno ejercicio de sus derechos humanos.

El origen étnico, la nacionalidad, el sexo, la edad, la situación jurídica de los migrantes, se combinan con las dificultades provenientes de las distintas formas de intolerancia y discriminación que se expresan, en casos extremos, en amenazas a su integridad física.

Estos niños, niñas y adolescentes están más expuestos a:

- La explotación y abusos sexuales
- Al reclutamiento en fuerzas armadas
- Al trabajo infantil (también a beneficio de sus familias de adopción)
- A la privación de libertad
- A la trata y a las adopciones ilegales
- La discriminación y al no acceso a la alimentación, al cobijo, a la vivienda, a los servicios sanitarios y a la educación.

Las niñas no acompañadas y separadas de sus familias están particularmente expuestas a la violencia de género y, en particular, a la violencia doméstica. En algunos casos, los niños, niñas y adolescentes no pueden obtener documentos de identidad apropiados, no tienen acceso a registros, su edad no puede determinarse, ni pueden tampoco solicitar documentos, instar la localización de la familia, ni acceder a sistemas de tutela o asesoramiento jurídico. En muchos países, se rehúsa sistemáticamente la entrada a los niños y niñas no acompañados o separados de su familia o son detenidos por funcionarios de los servicios de fronteras o de inmigración.

El impacto de las migraciones en los derechos de niños, niñas y adolescentes puede darse en distintos niveles. En un primer acercamiento podríamos decir que las migraciones inciden directamente en la vulneración de los derechos humanos de ellos y ellas si las mismas repercuten negativamente en la concreción de sus proyectos de vida. Debemos considerar que la disociación del niño o niña respecto a sus espacios naturales y culturales de relacionamiento, incide directamente en la dificultad de asimilación para establecer nuevos modelos de conducta y socialización.

El desprendimiento de sus vínculos familiares más cercanos representa una dificultad para una adecuada inserción social en un nuevo medio, que puede determinar la disminución de sus capacidades naturales para aprovechar los contenidos pedagógicos de la escuela.

Medidas globales de intervención y prevención

Más allá de las medidas de tipo socio-económico que son tarea de las esferas gubernamentales y seccionales y de lo cual no nos se hablará en este capítulo, se debe destacar la importancia que representa para los niños, niñas y adolescentes el desarrollo de políticas públicas para atender el impacto que las migraciones producen sobre ellos.

Ante esta situación es necesario crear programas emergentes de salud para niños y adolescentes, así como programas de atención a niños en hogares con edades polares, es decir que son atendidos por los abuelos, una escuela para abuelos y formación especializada para maestros.

Desde lo familiar, la terapia sistémica es la que mejores resultados a dado en las familias donde uno o ambos progenitores han emigrado y los hijos dejados atrás presentan dificultades de adaptación al nuevo sistema familiar. Esta terapia permite la expresión de sentimiento de cada uno de los miembros de dicho sistema, atiende las situaciones de reestructuración familiar reajustando roles y potenciando los recursos positivos de la nueva estructura y logra una orientación funcional a nivel del ciclo vital, especialmente en aquellas familias con “abismos generacionales”. En lo individual, los hijos de emigrantes obtienen resultados positivos en el manejo de sus problemas emocionales y conductuales con técnicas psicodinámicas breves, pues aumentan la capacidad de comprensión respecto a los síntomas para poder vincularlos con los problemas derivados por la emigración del familiar.

Los niños, niñas y adolescentes desarraigados de su comunidad de origen, lejos de toda red de contención familiar o comunitaria, tienen derecho a una protección especial.

La reunificación familiar toma un lugar relevante en el diseño y la aplicación de las políticas públicas en la materia. Dicha reunificación debe ser consignada bajo esta perspectiva con sumo cuidado cuando se suscita en

el país de origen e implica un “riesgo razonable” de que el retorno se traduzca en la violación de los derechos humanos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes.

Es fundamental impulsar y promover acciones conjuntas dirigidas a garantizar la observancia de los derechos de niños, niñas y adolescentes migrantes, particularmente los que se vean sometidos a manifestaciones de discriminación y situaciones de explotación, alentando el desarrollo social de la niñez y sus familias a través de la migración planificada y protegida, así como su participación activa en las sociedades de destino. Para ello es importante:

- Atender los problemas emocionales individuales
- Potenciar los factores protectores de trastornos psicológicos:
 1. Alto nivel de cohesión familiar
 2. Presencia de ambos padres
 3. Legalización de su situación
- Desarrollar mecanismos de enfrentamiento bicultural así como de destrezas lingüísticas y sociales
- Disponer de redes de apoyo social y académicas
- Tratar los conflictos en la interacción y en la comunicación familiar:
- Establecer jerarquías y clarificar roles
- Determinar las fases del ciclo evolutivo de la familia inmigrante
- Desarrollar la adaptación a la nueva idiosincrasia y sociedad
- Encontrar estrategias para la resolución de conflictos entre los subsistemas parental y filial

Siguiendo el enfoque de derechos, es necesario abordar tanto las causas como las consecuencias de la migración y encontrar soluciones a los problemas que genera este proceso que afecta a las niñas, niños y adolescentes en el conjunto de sus derechos. Dichas soluciones requieren de la imprescindible cooperación conjunta y coordinada de los Estados. Corresponde a ellos, entonces, generar esfuerzos para:

- Proteger y respetar los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes migrantes, independientemente de su condición migratoria.

- Garantizar el derecho a la cobertura universal y de calidad de los servicios sociales básicos para todos los niños, niñas y adolescentes en sus países de origen, fundamentalmente los relacionados con la nutrición, salud, educación y vivienda digna.
- Prestar especial atención al respeto del derecho a la vida, la participación y la identidad de los niños, niñas y adolescentes migrantes.
- Atender prioritariamente a las niñas, niños y adolescentes no acompañados o separados de sus familias a fin de que cuenten con el acceso a los mismos derechos que los niños nacionales y en pie de igualdad con éstos.
- Proteger el derecho a la identidad de las niñas, niños y adolescentes migrantes, estableciendo como meta la erradicación de los subregistros de nacimientos y proveer acceso a la documentación de identidad.
- Contar con políticas migratorias con enfoque de derechos humanos que armonicen con las políticas públicas destinadas a la niñez, la adolescencia y sus familias.
- Implementar mecanismos de cooperación técnica internacional y elaborar acuerdos de cooperación internacional, regional y bilateral, para desarrollar programas interinstitucionales e intersectoriales que aborden integralmente la problemática.
- Promover en los Estados involucrados en procesos migratorios, la prevalencia de condiciones que favorezcan una mayor armonía, tolerancia y respeto entre los migrantes y el resto de la sociedad en los países de tránsito o destino, a fin de eliminar las manifestaciones de racismo, xenofobia y formas conexas de intolerancia, dirigidas contra los migrantes, incluidos los miembros de sus familias.
- Fortalecer a las familias a través de la implementación de políticas sociales y económicas alrededor del empleo y la inversión en educación, y específicamente el desarrollo de programas integrales de atención a la niñez y adolescencia con el propósito de brindar a las familias las oportunidades y condiciones para poder cumplir su

rol como unidad básica de formación, garantía y protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

- Establecer lineamientos regionales consensuados, sistemas de información y protocolos para la protección especial en los casos de retorno de los niños, niñas y adolescentes víctimas de trata de personas.
- Aumentar la coordinación interinstitucional e intersectorial en cada país como forma de proteger a las niñas, niños y adolescentes de todas las formas de explotación sexual comercial, manifiesta y encubierta detrás de otras actividades.

ENFERMEDADES CRÓNICAS Y/O TERMINALES (18, 19, 20)

Se afirma que la **enfermedad crónica** en la infancia genera en el paciente un estrés que se expresa en su vulnerabilidad psicológica, algunos pueden limitarse a una crisis de la cual saldrán fortalecidos, ganando madurez y crecimiento personal o convertirse en un desequilibrio permanente cuyas consecuencias pueden ser las alteraciones emocionales que indiquen un atascamiento en su desarrollo; surgen así síntomas de alteraciones psíquicas o anomalías en la formación de su personalidad. Intervienen en esta situación las características propias de la enfermedad, las limitaciones que impone, los síntomas, las vivencias subjetivas que genera, los rasgos de la personalidad en formación del paciente, su capacidad adaptativa, el tipo de tratamiento que se le impone, la hospitalización, las ausencias a clases, y el manejo que hacen las familias, los contemporáneos, los profesores y la comunidad donde se desarrolla el pequeño, en fin se aprecia una influencia del entorno sociocultural en la reacción y la adaptación a la enfermedad.

Las formaciones psicológicas más dañadas en el niño y adolescente enfermo crónico son:

- la autoestima,
- la autovaloración y
- su proyecto de vida, se tiene sobre todo la sensación de que la enfermedad comienza a controlar su vida, con la considerable implicación del daño a su autonomía, a su autoeficacia.

En la esfera afectiva se detectan desajustes emocionales importantes:

- aparecen las vivencias de miedo,
- ansiedad e irritabilidad.

Algunas enfermedades por las implicaciones y las limitaciones que imponen provocan afectaciones en su desarrollo cognitivo. También inciden negativamente en la ampliación de su esfera de intereses. En su desarrollo personal, la enfermedad puede implicar un daño en la formación de cualidades volitivas como la independencia y la autonomía.

Es muy frecuente que el niño pregunte constantemente cuánto durará, hasta cuándo será, ya que el concepto de la permanencia, de cronicidad de la enfermedad, le es difícil de interiorizar y aceptar.

Un niño con una **enfermedad terminal** es aquél que no tiene expectativas de cura para la enfermedad que padece, pero que requiere tanto cuidado y bienestar como sea posible. Ser consciente de en qué medida un niño agonizante comprende lo que le sucede, así como sus miedos, sentimientos, emociones y cambios físicos que pudieran producirse, puede ayudar a las personas que lo rodean a sobrellevar el diagnóstico y el proceso final, pues se trata de un niño sometido a estrés crónico grave.

No obstante, aun cuando se trata de niños sorprendentemente jóvenes, ellos son conscientes de la gravedad del trastorno que padecen por las emociones y acciones de las personas que los rodean. La causa de la **ansiedad y el miedo** puede ser la percepción del niño de que se le está ocultando la verdad acerca de una situación. Detectan incoherencias en la información que reciben y se dan cuenta de que los mayores evitan responder sus preguntas. A menudo, en la imaginación de un niño, puede que la situación que lo aflige sea mucho peor de lo que realmente es.

Es importante evaluar los conceptos y creencias del niño y su familia acerca de la muerte y la vida después de ésta cuando se establece una comunicación con ellos. Los niños pueden experimentar miedos y preocupaciones que no expresan porque no se sienten cómodos o porque no saben cómo hacerlo. Entre algunas de estas preocupaciones, se incluyen las siguientes:

- *Los sentimientos de culpa y de vergüenza:* Los niños pueden creer que sus pensamientos han provocado la enfermedad o la muerte que ha causado la tristeza de todos.
- *El miedo de que el dolor esté asociado con la muerte*
- *El miedo a la separación*

En primer lugar hay que estar conscientes de que el concepto de muerte es algo que se va construyendo a partir de los bloques o ladrillos que la familia y la cultura particulares de cada quien le va aportando, pero que este proceso de construcción depende también de las herramientas cognitivas que el niño va desarrollando en su proceso de crecimiento y desarrollo psicológico.

Pero lo más importante será tratar de conocer el punto de vista del niño que se está atendiendo.

Aunque no es muy útil hacer una clasificación sindrómica de los niños y adolescentes que se enfrentan a una enfermedad grave y prolongada o a la muerte, conviene recordar que la **ansiedad es una respuesta universal**, los **síntomas depresivos leves** también son muy frecuentes, pudiendo agravarse hacia una **depresión severa**, y los estados de **delirium** pueden aparecer en los casos más graves con tratamientos agresivos o en estadios avanzados de la enfermedad.

Para ello será imprescindible revisar los conceptos que han surgido de la investigación en este campo, acerca de qué es lo que los niños piensan respecto de la muerte, para así poder entender mejor qué es lo que nuestro el niño o niña piensa y siente de su muerte.

El bebé (0 - 1 año): Para un bebé, la muerte no es un concepto real. Sin embargo, los bebés reaccionan frente a la separación de uno o ambos padres, a los procedimientos dolorosos y a cualquier alteración de su rutina. Un bebé con una enfermedad terminal requiere tanto cuidado físico y emocional como cualquier otra persona para lograr un entorno cómodo. Los bebés no pueden comunicar sus necesidades verbalmente, pero utilizan otras formas, como el llanto para mostrar su incomodidad y sus sentimientos.

El niño en edad de caminar (1 - 2 años): Para el niño en edad de caminar, la muerte tiene muy poco significado, de hecho, para algunos, es algo temporal y reversible. Lo que sí sucede es que pueden percibir la ansiedad de las emociones de quienes los rodean. Cuando los padres o los seres

queridos de un niño en edad de caminar están tristes, deprimidos, asustados o enojados, los niños intuyen estas emociones y manifiestan preocupación o miedo.

El niño en edad pre-escolar (2-5 años): Los niños en edad pre-escolar pueden comenzar a comprender que la muerte es algo que atemoriza a los adultos. En esta edad se percibe a la muerte como temporal, justo como en las historietas o los dibujos animados y como en sus juegos. Pueden preguntar "¿por qué?" y "¿cómo?" se produce la muerte. Cuando un niño en edad preescolar se enferma gravemente, puede creer que es su castigo por algo que hizo o pensó. No comprende cómo sus padres no pudieron protegerlo de la enfermedad.

El niño en edad escolar (6-11 años): Los niños en edad escolar desarrollan un entendimiento más realista de la muerte, en el sentido de que se trata de algo irreversible y definitivo. Pueden manifestar mucha curiosidad sobre el proceso físico de la muerte y qué ocurre después de que una persona muere. Es posible que debido a esta incertidumbre los niños de esta edad teman su propia muerte. El miedo a lo desconocido, la pérdida de control y la separación de su familia y amigos pueden ser las principales fuentes de ansiedad y miedo relacionadas con la muerte en un niño en edad escolar.

El adolescente (12 y más años): Al igual que con las personas de todas las edades, las experiencias previas y el desarrollo emocional influyen en gran medida en el concepto de la muerte de un adolescente, pues hay una comprensión ya formal de la muerte, son habituales las reacciones emocionales de rabia, tristeza y/o abandono e inhibición; pudiendo acompañarse de episodios de descontrol, preocupación por la propia imagen y actitud de rechazo a los acercamientos afectivos. Cuando la muerte se vuelve una amenaza real para ellos, todos sus objetivos se destruyen. Las actitudes negativas y desafiantes pueden cambiar de repente la personalidad de un adolescente que se enfrenta a la muerte. Puede sentir no sólo que ya no pertenece o no encaja con sus amigos, sino que tampoco puede comunicarse con sus padres. Una enfermedad terminal y, o los efectos del tratamiento pueden provocar muchos cambios físicos que enfrentar. El adolescente puede sentirse solo en su lucha, temeroso y enojado.

Con esta visión general sobre la evolución del concepto de muerte en los niños hasta los adolescentes, es importante que nos percatemos de que los niños de todas las edades responden a la muerte de una manera particular, pero todos necesitan apoyo y lo demuestran de una u otra manera, sea con llanto, con cambios de conducta bruscos o bien, acercándose y pidiéndolo.

Un niño que padece una enfermedad terminal experimenta la misma necesidad de afecto, apoyo emocional y de realizar actividades normales que cualquier otra persona que debe afrontar la muerte.

Uno de los miedos que habitualmente experimentan los niños agonizantes es la soledad en el momento de la muerte. Generalmente, el niño agonizante necesita tener la certeza de que no morirá solo y de que no será olvidado

Los diversos cambios físicos que se producen antes de la muerte pueden obligar al niño a depender de otras personas para llevar a cabo incluso las tareas más simples. La pérdida de control y la depresión pueden conducir al retraimiento.

Algunos niños parecen necesitar que se les "autorice" a morir. Muchos temen que su muerte lastime a sus padres y les produzca un gran dolor. Se ha observado que los niños suelen aferrarse a la vida, a pesar del dolor y el sufrimiento, hasta que obtienen la "autorización" de sus padres para morir.

Abordaje

Cuando se enfrentan a la muerte, puede ser que también los niños requieran cierto tipo de ayuda o apoyo para morir de mejor manera.

Proteger a un niño agonizante del impacto que puede producir un diagnóstico es una respuesta natural de los padres, los familiares y los amigos. El contenido y la precisión de la información que se le proporciona al niño dependen de muchas variables, entre las que se incluyen las siguientes:

- Su cultura y sus orígenes étnicos.
- La estructura familiar y el apoyo disponible.
- Las características individuales del niño y su familia.

La evidente necesidad de apoyo para los **niños con enfermedades crónicas** y sus familias ha dado lugar a programas de atención psicológica que tienen en cuenta los aspectos personales (psicológico, biológico y social) para:

a) estructurar el apoyo al paciente y su familia, así como

b) mejorar la coherencia psicológica en las actuaciones de los profesionales.

La información previa, veraz y abierta a contestar dudas, proporciona al paciente mayores recursos para afrontar tanto el proceso global de la enfermedad como las distintas etapas que se ponen en marcha tras el diagnóstico.

El tratamiento psicoterapéutico y/o psicofarmacológico específico estará indicado sólo en el menor porcentaje de casos que presenten psicopatología previa o añadida.

Las técnicas de relajación y parada de pensamiento, de hipnosis o de imaginación emotiva, están indicadas como parte de la actuación preparatoria para combatir los aspectos agresivos de los diferentes procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

La atención psicológica a los niños que van a morir y a su familia, insiste desde hace bastantes años en el carácter imprescindible de la franqueza, la flexibilidad y la disponibilidad; eliminando la atmósfera de ocultación, soledad y alejamiento que puede generarse (de los profesionales respecto al paciente y la familia, y de la familia respecto al hijo que va a morir). En la fase terminal la muerte deja de ser una posibilidad cercana, convirtiéndose en una certeza. Ello exige cambios en la actuación sanitaria que ya no trata de curar o prolongar la vida sino que se focaliza en proporcionar cuidados físicos paliativos y compañía cálida hasta el final.

Para respetar la voluntad de los padres de niños pequeños, y para ayudarles a tomar decisiones complejas al respecto, resulta más adecuado comenzar por ellos la intervención del caso de un niño que va a morir; aunque previamente se debe haber dialogado varias veces con el paciente para que tenga oportunidades de expresar sus preocupaciones e incluso sus preferencias y voluntades.

Según su nivel de desarrollo si manifiesta no querer saberlo, no debería decírselo por el momento. No obstante, los estudios realizados con niños en estas condiciones ponen de manifiesto que son capaces de percibir su situación clínica, que quieren conocerla y participar en las decisiones, y que llegan a elaborar conceptos sentimientos y actitudes respecto a la muerte bastante más avanzados de los que tienen los niños con nivel de desarrollo

similar pero que no han pasado por situaciones de riesgo tan intensas y mantenidas. Suele ser necesario atender sus señales durante las entrevistas para proporcionarle a cada uno el tiempo que requiere, primero para comprender que va a morir y luego para afrontarlo. También los padres necesitan tiempo para asumir gradualmente la realidad de la muerte, entrever sus consecuencias afectivas y de vida, y completar la despedida del hijo.

La actuación con los niños en fase terminal puede caracterizarse por:

- 1) **Participación** del paciente lo más activa posible en el tratamiento para combatir la sensación de impotencia y pasividad.
- 2) **Cercanía humana y oportunidad** de diálogo para expresar sus sentimientos de rabia, miedo o aceptación, y aclarar sus dudas; las visitas de sus amistades suponen un consuelo insustituible.
- 3) **Seguridad** de se le está dando el mejor tratamiento posible contra esa enfermedad y de que se continuará haciendo, de que siempre se evitará que sufra dolor, y de que cuando lo desee habrá alguien con él. Sus preguntas reiterativas al respecto requieren una disposición cálida y paciente.

Comentar a los pacientes las suposiciones sobre su estado emocional, aunque las rechacen de momento, deja abierta la oferta de diálogo.

En la adolescencia las reacciones emocionales requieren apoyo específico al propio joven y a su familia. Su participación activa en la toma de decisiones contribuye a darles una imagen respetable, y a sentirse atendidos y comprendidos en su necesidad de mantener la independencia. Las dudas e instrucciones del adolescente sobre sus cuidados médicos cuando llegue el estado terminal merecen la mayor consideración y franqueza, a pesar de que puedan colisionar con los criterios de los padres.

Los tratamientos farmacológicos, ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos están indicados en cada caso dentro de un proyecto terapéutico más amplio.

La **familia** de los niños y adolescentes con enfermedades tan críticas ha de contar con los mismos apoyos que los propios pacientes. La angustia ante decisiones y consentimientos, o las discrepancias al respecto entre los padres o con el propio hijo, requieren intervenciones de apoyo para la resolución de tales conflictos en las que se mantengan el respeto a todos y

no se pretenda imponer sin más el criterio técnico; siempre con el objetivo implícito de mantener la cohesión familiar.

Informar a los padres de que la enfermedad es de las que terminan en la muerte requiere intimidad, tiempo y comprensión para que puedan expresar sus primeras reacciones emocionales y enfrentarse a sentimientos largamente contenidos; incluso pueden no entender o asumir inicialmente que su hijo va a morir.

Después podrá ofrecérseles el consuelo, y habrá de comenzar a comentarse el plan de tratamientos paliativos. Los padres también necesitan conocer con anticipación cuales serán las necesidades físicas y emocionales de su hijo en las etapas que se avecinan, y la actitud que se les sugiere para satisfacerlas de forma constructiva para todos ellos. Más adelante el diálogo deberá abordar otras cuestiones como cómo decírselo al paciente o quién lo hará, y a los hermanos; o entrar en cuestiones religiosas, comentar las posibles reacciones del hijo y la disponibilidad del personal para apoyar actitudes o decisiones al respecto.

No existen unas directrices modélicas para informar al niño de que muy probablemente su enfermedad va a terminar en la muerte. Unos niños preguntan a fondo y otros evaden la cuestión esencial. La noticia debe surgir dentro de un diálogo y no como un anuncio formal, respetando los deseos meditados de los padres sobre qué, quién, cómo y cuándo. Si el niño no quiere entender o no quiere oír la verdad debe ser respetado.

DESASTRES NATURALES (21-30)

Los niños, niñas y adolescentes tienen mayores riesgos de ser víctimas y de sufrir las pérdidas que se producen como consecuencia de los desastres. Ellos son más vulnerables pues, mientras más pequeños, tienen menos posibilidades de comprender lo que ha sucedido. Históricamente se le ha dado poca importancia a los efectos que sobre la salud mental tienen estos eventos y la manera de prevenirlos y eliminarlos. Históricamente se le ha dado poca importancia a los efectos que sobre la salud mental tienen estos eventos y la manera de prevenirlos y eliminarlos.

En muchos países no existen programas educativos encaminados a preparar a la población para proteger a los niños, antes durante y después de un desastre. Las instituciones gubernamentales y no gubernamentales no actúan coordinadamente. Los psicólogos, psiquiatras, psicoterapeutas y psicopedagogos no han sido preparados adecuadamente, en las diferentes facultades que los forman, para prevenir y atender los trastornos de los niños y adolescente afectados.

En los desastres naturales y en aquellos creados por el hombre, los niños, niñas y adolescentes constituyen el grupo de alto riesgo más vulnerable.

Se sabe de antemano que van a existir muchas "pérdidas" (seres queridos, casa, escuela, ambiente social y familiar, amigos, lugares de recreación, etc.) y que estas generan "**duelo**".

En la infancia y la adolescencia el factor de riesgo que significa la pérdida y separación de los padres, así como la pérdida de contacto con el medio familiar, escolar y social, se agrava por la falta de recursos que son propios de esas edades. En las situaciones de desastres se añade el choque y la confusión que sufre una niña, un niño o adolescentes que han tenido todas esas pérdidas, la falta de atención adecuada de otros familiares que lloran esa misma suerte y que no pueden asumir adecuadamente la responsabilidad de cuidarlos. Además la ausencia de adultos significativos que los protejan, por haber desaparecido.

Una catástrofe, tal como un terremoto, un huracán, un tornado, un fuego, una inundación o un acto violento es una experiencia aterradora, tanto para los niños como para los adultos. Cuando se discute el incidente con el niño es muy importante que se reconozcan los elementos del desastre que les causaron miedo a todos. El restarle importancia al peligro no elimina las preocupaciones del niño. Hay varios factores que afectan la reacción del niño ante un desastre.

La manera en que el niño ve e interpreta la reacción de sus padres es muy importante. Los niños casi siempre se dan cuenta de las preocupaciones de sus padres, pero ellos se muestran particularmente sensitivos durante una crisis. Los padres deben de admitirles a sus hijos que están preocupados y a la vez deben enfatizar sus habilidades para hacerle frente a la situación.

La reacción del niño depende también de la magnitud de la destrucción y/o la muerte que él o ella vea durante y después del desastre. Si un amigo o pariente muere o resulta gravemente herido, o si la casa o la escuela sufren grandes daños, es más probable el niño experimente dificultades.

La edad del niño también afecta en su reacción al desastre. Por ejemplo, un niño de seis años puede manifestar su reacción a la catástrofe negándose a ir a la escuela, mientras que un adolescente puede restarle importancia a la tragedia, pero comienza a pelearse constantemente con sus padres o muestra un deterioro en su rendimiento escolar. Es muy importante que se explique el evento usando palabras que el niño pueda entender.

Trastornos por estrés

Después de una catástrofe, las personas pueden desarrollar el trastorno de Estrés Agudo o Postraumático.

Los niños con este desorden tienen episodios repetitivos en los que vuelven a sufrir la experiencia traumática. Estos niños a menudo tienden a revivir el trauma repitiéndolo en sus juegos. En los niños pequeños, los sueños desconcertados acerca del evento pueden convertirse en pesadillas de monstruos, de rescate a otros o de amenazas hacia sí mismos o hacia otros.

Los padres deben de estar alertas a los siguientes cambios en el comportamiento del niño:

- Negarse a volver a la escuela y un comportamiento de apegamiento, inclusive actuar como la sombra de su mamá o papá por toda la casa.
- Miedos persistentes relacionados con la catástrofe (tales miedos como la separación permanente de sus padres).
- Disturbios al dormir, tales como pesadillas, gritar dormido y mojar la cama, que persisten por más de varios días después del evento.
- Falta de concentración e irritabilidad.
- Asustarse fácilmente, estar nervioso.
- Problemas del comportamiento, por ejemplo, portarse mal en la escuela o en la casa de manera que no es típica para el niño.
- Quejas de malestares físicos (dolores de estómago o de cabeza, mareos) para los que no se puede encontrar una causa física.

- Aislamiento de su familia y amigos, tristeza, apatía, disminución de actividad y preocupación con los eventos del desastre.

El trastorno puede prevenirse o minimizarse mediante la consejería profesional o el tratamiento para los niños afectados por una catástrofe especialmente para aquéllos que han presenciado destrucción, heridas o muerte. Los padres que están preocupados por sus niños pueden pedirle al pediatra o al médico de familia que los refiera a un psiquiatra de niños y adolescentes.

Promoción, Prevención, Mitigación y Recuperación

Es necesario y conveniente hacer énfasis en la prevención, por lo tanto nos centraremos en las acciones que promuevan la salud y prevengan los trastornos, que puedan ocasionar los desastres.

El sistema social debe brindar los siguientes factores protectores:

- Información anticipada, detallada y sistemática sobre la cercanía, intensidad, posibles daños y peligros para la población y las medidas de protección que se deben adoptar.
- Medios de evacuación, de ser necesaria.
- Recursos materiales para la protección de las viviendas.
- Garantía de atención médica, tanto somática como psíquica.
- Confianza en que los líderes formales y no formales están capacitados para dirigir las actividades de protección y recuperación de la salud y el bienestar de los afectados.

En los más recientes enfoques se le da la mayor jerarquía a la prevención en situaciones de desastres, teniendo como premisas las siguientes: Investigar los factores de vulnerabilidad, aumentar la **resiliencia** de la población, reducir los riesgos y promover la equidad y la subsistencia (antes durante y después del evento).

Ha sido comprobado que las mujeres y los niños son los principales usuarios de los servicios de salud en estas situaciones y que los factores culturales y costumbres de la población tienen repercusión en la salud mental y en las necesidades específicas de las personas vulnerables.

Por lo tanto es necesario incluir en la evaluación que se haga para prevenir y detectar los problemas de salud, los efectos traumáticos que sobre el psiquismo de niñas, niños y adolescentes, pueden presentarse. Esta afirmación se refuerza con el criterio, aceptado universalmente, de que estos grupos de edades son más sensibles y más vulnerables, pero también más receptivos y moldeables. Será muy conveniente crear un sistema de información sanitaria que permita determinar los problemas y luego realizar las actividades de promoción, prevención, control y rehabilitación adecuadas.

Lo ideal es establecer la "predictibilidad" mayor posible de los eventos. Si hay un patrón de eventos, hay un patrón de emergencias. Por ejemplo: Sabemos que va a existir estrés, entonces hay que establecer medidas para prevenirlo y disminuirlo y evitar sus consecuencias. El reforzamiento de factores protectores, que hayan sido detectados previamente, es una medida efectiva y necesaria.

En los desastres naturales y en aquellos creados por el hombre, los niños, niñas y adolescentes tienen el derecho de ser los primeros en recibir atención durante las emergencias. Debe quedar claro que los niños no tienen sólo necesidades básicas como alimentación, albergue y agua, sino que también necesitan afecto familiar, recreación, juego y educación, debido a que han sufrido un gran trauma emocional.

Por lo tanto el problema a resolver es cómo prevenir los efectos deletéreos sobre el psiquismo de las niñas, niños y adolescentes.

En las tres fases de los desastres *ANTES*, *DURANTE Y DESPUÉS* la preparación que tenga la población será un factor determinante en la disminución de los daños a la salud mental de la población infanto-juvenil.

¿Qué hacer?

ANTES del fenómeno en cuestión es cuando se puede disminuir con más efectividad la vulnerabilidad de este grupo etéreo preparando a la población mediante capacitación acerca de sus características socio-psicológicas. El conocimiento de la mejor forma de evacuación y albergue de niñas, niños y adolescentes reduce la vulnerabilidad y aminoran el impacto sobre su psiquis. La seguridad y la calma que deben mostrar los adultos y el personal

de auxilio contribuyen de manera notable a ello. El terror y el espanto, a veces innecesario e injustificado, hacen más daño que el peligro real.

La forma idónea de que la población sea menos vulnerable se logra con el reforzamiento de los factores protectores

Mediante:

- Programas educativos, preventivos, promocionales u otros que se realicen habitualmente en la fase “PREIMPACTO”.
- Entrenar a la población en la organización de las actividades de juego, la escuela, recreación, u otras típicas de las necesidades infanto-juveniles en situaciones habituales y de desastre.
- Establecer claramente las normas para la evacuación, campamentos temporales, status de los refugiados en el caso de las niñas, niños y adolescentes en emergencias y desastres.
- Aclarar el rol de las comunidades e instituciones para la satisfacción de las necesidades prioritarias en desastres encaminadas a para favorecer una óptima salud mental infanto juvenil.
- Aprender de las lecciones pasadas y analizar sus proyecciones, bajo el concepto de gestión de riesgos, enfoque de derechos y equidad de género; identificando factores de riesgo, factores de protección, los actores y sus roles preexistentes en cada comunidad.
- Firmar cartas de entendimientos o acuerdos de trabajo con las instituciones.
- Incluir el tema en los currículos universitarios.
- Involucrar a los profesionales de la salud mental para lograr la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en el contexto del ciclo de los desastres.
- Integrar el tema de la salud metal infanto-juvenil en el sistema de la Defensa Civil o Protección Civil y en los Planes de Emergencia Nacional de cada país.
- Identificar a los actores capacitados.
- Promover y sensibilizar a las comunidades

- Diseñar ejercicios participativos previniendo el adultocentrismo.
- Estimular la participación de niños, niñas y adolescentes en la toma de decisiones.
- Diseñar instrumentos para la identificación de la situación psicosocial en relación con el tipo de emergencia.
- Identificar sistemas de alerta temprana.
- Identificar una metodología, flexible, universal y practica.
- Proyectar un curso de primeros auxilios psicológicos.

El monitoreo y la evaluación debería ser planificada al comenzar el programa.

DURANTE el fenómeno debe existir una respuesta planificada previamente y para lo cual la población tiene que haber recibido una capacitación adecuada y oportuna. Debe entrenarse personal que pueda brindar una “primera ayuda psicológica”. La brigada médica de auxilio debe contar con personal adiestrado en atención psiquiátrica de urgencia. Se debe evaluar el impacto sobre la salud mental de la población infanto-juvenil. En la evacuación y albergue en los asentamientos creados o fijos hay que tener en cuenta no separar a las familias para garantizar un medio lo menos hostil posible para los niños. Si no hubo una evacuación previa debe procederse con los mismos criterios anteriormente expuestos.

Teniendo en cuenta el impacto inicial en la salud mental en el caso de las niñas, niños y adolescentes en emergencias y desastres es necesario tener bien planificadas las actividades de socorrismo y salvamento. Para desarrollar los objetivos del programa primero debe entenderse el contexto específico de la población infanto-juvenil con la que se va a trabajar. Los factores socioculturales influyen en cómo estos experimentan su comportamiento durante el desastre.

Los que más influyen, debido a que constituyen factores protectores son:

- 1.- **Las características individuales** (Conocimientos, actitudes, creencias, valores, motivaciones y experiencia.)
- 2.- **Las familias y adultos de la comunidad.**

3.- **Instituciones** (escuela, lugares de trabajo, organizaciones religiosas y sociales).

Además se deben reforzar las acciones que conduzcan a:

- Prevenir daños mayores o cronificación
- Mitigar el daño y las consecuencias
- Garantizar y proteger los derechos
- Poner en evidencia los factores de recuperación psicosocial no atendidos
- Resaltar las manifestaciones de solidaridad, capacidad de contención, de apoyo y de escucha, de la población como una oportunidad en las situaciones de crisis.
- Brindar atención a las personas que la necesitan en base a su realidad (oferta según demanda)
- Prever algunas repercusiones de la situación de emergencia en la vida de los niños ya que son más vulnerables, sus derechos son los más amenazados y violentados y en oportunidades son víctimas intencionales.
- Superar en los niños el sufrimiento, la confusión de sentimientos y la exposición a temores y culpas que pueden ser desvirtuadas inmediatamente.
- Recordar que la salud mental y física en la adultez dependen de la adecuada superación de los eventos vitales en la infancia.
- Identificar e incorporar a los líderes naturales y formales y neutralizar aquellos con comportamientos negativos
- Reducir el estrés que se genera en los profesionales y voluntarios y si es necesario atenderlos.
- Garantizar los primeros auxilios psicológicos (atención psicoemocional) por parte de personal especializado o no.
- Satisfacer necesidades básicas
- Aplicar estrategias y uso adecuado de los medios de comunicación para proporcionar información sobre el desastre y manejo de las consecuencias directas e indirectas.

- Potenciar la organización, voluntariado y participación de la comunidad.

Los resultados ayudan a que la comunidad comprenda mejor los beneficios actuales y potenciales del programa, desarrolle un sentido de propiedad a través de la participación, mejore la coordinación y movilice el apoyo a los niños, niñas y adolescentes. Otro aspecto a tener en cuenta es que la infancia y la adolescencia se experimentan de distintas maneras en cada sociedad e incluso dentro de una misma sociedad pueden existir grandes diferencias en la forma en que se encaran estas etapas de la vida.

DESPUÉS: Se evaluarán los daños mediante un diagnóstico de la situación de salud mental infanto-juvenil. Se establecerá un plan de respuesta previamente diseñado para atender y rehabilitar a la población afectada. Se debe garantizar posibilidad de acceso a la escuela y al juego. Lograr la participación de la población en las labores de reconstrucción como factor de salud mental. Hacer conciencia de que es tarea de todos (gobierno, ONG, la industria, los servicios, la escuela, la iglesia, la familia, los vecinos) la recuperación de la normalidad. Para ello es necesario que todos estén capacitados y preparados psicológicamente para participar en el logro de las siguientes acciones:

- Mitigar los efectos del impacto y prepararse para reducir el daño a niños/as, adolescentes y sus familias, así como la restitución de sus derechos.
- Garantizar atención psicosocial a niños/as, adolescentes, sus familias y personal voluntario.
- Aplicar experiencias ya probadas como el modelo "Retorno a la Alegría"
- Fortalecer organización de la comunidad y las redes formales e informales de información.
- Identificar oportunidades.
- Asegurar el monitoreo, evaluación. y registro de la experiencia.
- Potenciar capacidades individuales.
- Promover la voluntad política e institucional.





*La guerra es siempre una derrota
de la humanidad*

Juan Pablo II

VIOLENCIA SOCIAL

CONFLICTOS ARMADOS

Una nación que gasta más dinero en armamento militar que en programas sociales se acerca a la muerte espiritual.

Martin Luther King

Las guerras civiles modernas se dirigen contra partes de la población civil, con el objeto de tratar de aniquilar su identidad y desproveerla de los recursos sociocomunitarios que estructuran ésta. Parte de esta población acaba padeciendo un trauma psicosocial que desemboca en la cristalización de unas relaciones sociales aberrantes, dando lugar a poblaciones vulnerables

En situaciones como estas, bajo la denominación de traumas, los individuos se ven sometidos a multitud de estresores o dificultades extraordinarias, que requieren de un esfuerzo personal, familiar y social para ser superados o adaptarse a ellos. Estos estresores son de diferentes órdenes: dificultades económicas, disrupción social, separación de la familia, desapariciones, pérdida de estatus social, violencia física o psicológica, testimonios de muertes violentas, atrocidades, persecuciones étnicas, religiosas, sexuales, pérdida de amigos, desconocimiento del futuro, inseguridad e inestabilidad. Para la comprensión de las respuestas postraumáticas es, además, relevante tener en cuenta otros tres factores: la distancia del estresor, su frecuencia y su contexto (31).

Según la distancia del estresor, la víctima puede ser objeto primario del trauma, afectarse a través de la traumatización de una persona muy allegada, o de la traumatización de otros no allegados. La frecuencia de situaciones traumáticas en condiciones de guerra civil se caracteriza por una repetitiva y sistemática exposición a los estresores, de los que la víctima no puede huir, generando un temor y una respuesta de supervivencia que se convierten en parte de la vida diaria. El otro concepto es el del contexto histórico, económico y cultural de la sociedad en la que se da la situación traumática.

Durante la guerra la patología más frecuente se asocia a las reacciones y descompensaciones psicóticas y el estrés de combate o del frente, manifestándose como reacciones de ansiedad, de confusión, o cuadros disociativos y conversivos. Aumenta el consumo de tóxicos y las enfermedades psicosomáticas, que no son vividas como problemas psíquicos.

Tras la guerra vienen los problemas, y las poblaciones sobreadaptadas a la situación previa tienen que hacer un gran esfuerzo para enfrentarse a la normalidad superando el trauma. Se encuentran altos porcentajes de estrés postraumático, ansiedad, trastornos afectivos y disociativos. No hay muchos estudios sobre población general en condiciones de guerra, pero los pocos que hay muestran datos similares a los de los refugiados y desplazados. Estudios recientes indican prevalencias de trastorno por estrés postraumático muy altas.

Cabe mencionar que existen múltiples factores de orden interno y externo a un conflicto armado que hacen del reclutamiento y la utilización de niños y adolescentes como soldados, algo recurrente.

Es ampliamente conocido que durante y después de un conflicto armado la población más afectada es la infancia y la adolescencia la que se encuentra más vulnerada y violada en sus derechos fundamentales. Inicialmente se pueden describir dos formas en que la niñez y la adolescencia se vinculan con la guerra. La primera, en donde los niños y adolescentes son víctimas directas del conflicto, sufriendo las consecuencias de la destrucción, el abuso, la pérdida de la protección más elemental, los perjuicios para su salud física y mental, así como el desplazamiento territorial forzoso (del que se habló anteriormente) producto de la violencia. La segunda es la que configura la violación más flagrante de sus derechos, trata del reclutamiento de niños y adolescentes como parte de los cuadros combatientes o como parte de los grupos de apoyo a las tropas durante las confrontaciones.

Factores que inciden en el reclutamiento armado de niños, niñas y adolescentes (32)

- *Prolongación del Conflicto Armado* (extensión y duración).
- *Uso de Armas Pequeñas y ligeras*
- *Ubicación geográfica del menor*

- *Nivel socio-económico*: En general, se puede decir que gran parte de los niños soldados provienen de los siguientes grupos:
 1. Niños separados de sus familias o con antecedentes de desintegración familiar.
 2. Niños despojados económica y socialmente (pobres, rurales, etc.)
 3. Otros grupos marginales (niños de la calle, minorías étnicas y grupos desplazados al interior del país).
- *Nivel Educativo*
- *Condiciones Psicológicas del Niño*
- *Uso de niños como señuelos*
- *Niñas soldados* para ejercer labores como cocineras y/o concubinas, para combatir y como informantes, en virtud de que no despiertan sospechas.
- *Grupos Indígenas y Grupos Étnicos*

FIGURA 2: LISTADO DE PAÍSES QUE USAN NIÑOS SOLDADOS



Fuente: Internet

FIGURA 3: INFORMACIÓN SOBRE NIÑOS SOLDADOS EN COLOMBIA



Fuente: Internet

Formas de reclutamiento e incorporación

- *Reclutamiento formal*
- *Reclutamiento no formal y forzado*
- *Incorporación voluntaria*

Los miedos colectivos de los padres y de toda la sociedad se añaden a los miedos normales del niño y adolescente. Miedo, angustia, depresión, tristeza interminable son los elementos básicos sobre los cuales se desarrollan las sintomatologías específicas, como son el insomnio, las reacciones psicósomáticas múltiples. Las secuelas psicosociales de los conflictos armados en la población infanto juvenil se pueden resumir de la siguiente manera (33):

- Miedo y desconfianza
- Pérdida de amparo familiar
- Pérdida del referente comunitario
- Marcas personales de sufrimiento: alteración del duelo (como duelo especial que tuvo que ser ocultado), daños al nombre y al cuerpo (anonimato, secuelas físicas de actos violentos), trastornos de la autoimagen y discapacidad.
- Secuelas de la violencia sexual: asociación de la sexualidad con tortura, sentimientos de humillación y vergüenza, rabia y reclamo de justicia.
- Desesperanza y terror como consecuencia de la tortura
- Sentimientos de culpa y deseos de muerte
- Desesperación y sumisión
- Reproducción de la violencia: conductas agresivas en la interacción con su entorno inmediato y social
- Depresión
- Ansiedad
- Trastornos comportamentales
- Atraso escolar
- Conductas suicidas
- Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas
- Irrupción de contenidos imaginarios que reviven las experiencias traumáticas

DESPLAZAMIENTOS FORZADOS

Los enfrentamientos armados, el terrorismo y el narcotráfico se han agudizado en muchos países del mundo. Esta situación ha llevado a un gran número de familias a desplazarse de su lugar de origen, generalmente rural, a los suburbios de las ciudades con el fin de proteger su integridad, en muchas ocasiones se ven obligadas a desplazarse fuera de su país de origen. El lugar de nacimiento y de residencia tiene un significado social y personal para el individuo. Éste se identifica con el lugar. Por el contrario, cuando se ve obligado a abandonar su lugar de origen presenta síntomas de nostalgia,

desorientación. En consecuencia, las personas desplazadas tienen un mayor riesgo de trastorno mental.

Según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) **“Los desplazados internos lo pierden todo, abandonan sus hogares, bienes y medios de vida y están en constante peligro, ya sea de ser objeto de represalias o que un nuevo brote de violencia haga necesario desplazarse nuevamente”**.

El desplazamiento forzoso es considerado uno de los desastres sociales que generan mayores problemas en la salud mental de la población, en primer término por lo que significan el conflicto armado interno que viene acompañado de amenaza, resentimiento, odio, miedo y fragmentación de lazos sociales, mientras que de otro lado están sus efectos tanto sobre la población que se encuentra obligada a migrar, como en la población receptora, quienes de manera súbita se encuentran en medio de un problema que aunque no lo quieran, les atañe porque generan formas de convivencia tan inesperadas como traumáticas. Además el desplazamiento es un tipo particular de emergencia en donde a diferencia de los desastres naturales, la temporalidad del fenómeno es mucho más diferido y la exposición a los riesgos psicosociales superan el momento concreto del desastre; la exposición al fenómeno traumático es más prolongado.

Las personas desplazadas llegan a las localidades receptoras en situaciones económicas y emocionales muy precarias, que los hace muy vulnerables, se observa que también lo son en cuanto a su salud mental, ya que presentan sufrimiento emocional y en algunos casos trastorno emocional, así como la ruptura de su tejido social, debido al impacto de los hechos violentos vividos.

Dentro de estas poblaciones desplazadas, la más afectada y expuesta a problemas en su salud mental a mediano y largo plazo es la población infante juvenil, con predominio de los mismos síntomas descritos en situaciones de conflictos armados.

Al ser desplazados, los niños y adolescentes se enfrentan a hacinamiento, pérdidas familiares y del ambiente familiar, del ajuste escolar y la red social, de su proyecto de vida, viéndose abocados a un proceso de aculturación y anonimato social y desarraigo sociocultural. (3)

TERRORISMO (34)

Terrorismo es un hecho que corresponde a una organización, sea esta criminal, clandestina o institucionalizada, que actúa en forma habitual, en el mismo ámbito geográfico, dentro de una misma comunidad y con una serie de actos de violencia conducentes a sembrar el terror u otra serie de sentimientos tíméricos análogos.

Siempre se le considera un fenómeno macrosocial sin embargo, se plantea también la existencia del terrorismo en ambientes microsociales como el escolar, el laboral, el familiar, el conyugal, etc.

Las víctimas pueden dividirse en dos tipos:

- La *victima-victima* quien sufre el impacto de la acción terrorista y
- Los *sufridores del terrorismo* como los testigos, familiares, las autoridades y en general la sociedad.

Frente a una acción terrorista, criminal, violenta, súbita e inesperada, las víctimas reaccionan inicialmente con un estado de “shock” que se acompaña de una sensación de irrealidad e incredulidad. Esto se denomina negación y responde a un poderoso estímulo instintual. Posteriormente cuando la negación es superada por la realidad aparecen sentimientos de espanto, miedo, temor o terror, emociones tíméricas que se caracterizan por un campo de reacción psicológica muy limitado. Después de un periodo de tiempo, que varía de persona en persona, aparece la tercera fase, la depresión traumática que depende del contacto psicológico que se desarrolle entre la víctima y el criminal. Finalmente se presenta la fase de resolución, en la que se integra la experiencia traumática, caracterizándose por actitud vigilante, revisión de los valores, así como cambios afectivos.

Es en la infancia y la adolescencia cuando se producen los efectos más perturbadores y permanentes relacionados con episodios de terror. En esta etapa de la vida es importante no solo lo que les ocurre a ellos sino también a sus padres, lo cual agrega al estrés y genera una falsa maduración precoz. Su patología depende del nivel de exposición al evento traumático, así como el estrés que puede presentarse después del ataque y las adversidades ambientales a que quedan sometidos, en general a la pérdida de toda la red social.

La investigación clínica se centra en los síntomas de *ansiedad*, de alertamiento y disociativos. La *depresión* como comorbilidad empeora el pronóstico.

Los niños presentan más síntomas de internalización, retraimiento, depresión y ansiedad, problemas sociales y de atención. Las niñas muestran un importante aumento de síntomas depresivo ansiosos y tienden a presentar niveles algo superiores de síntomas de estrés postraumático que los niños.

Los síntomas depresivos también presentan un patrón relacionado con el nivel de exposición, la severidad y persistencia del evento traumático, muertes grotescas, la contemplación de restos humanos, la muerte de los padres o de familiares, las circunstancias de esas muertes, las heridas sufridas por seres queridos, las amenazas hechas por los terroristas, el tipo de heridas y la incapacidad o desfiguración que produzcan, la destrucción o pérdida de la residencia y estilo de vida en los casos de desplazamiento forzado.

También se reporta la aparición de fobias y enuresis.

El abuso sexual de niños y adolescentes como parte de la estrategia del terrorista para dominar a sus víctimas produce severo daño psicológico tanto en el momento del abuso como años después, exhibiendo problemas de conductas internalizantes y externalizantes.

Grupos de niños secuestrados o expuestos a tiroteos o disparos de francotiradores exhiben síntomas como sueños repetitivos, temores específicos relacionados con el evento, juego postraumático, cambios de conducta, re-experimentación psico-fisiológica, conductual y disminución de las expectativas hacia el futuro.

FIGURA 4: NOTA ESCRITA POR UNA NIÑA SECUESTRADA EN UN CONFLICTO ARMADO EN UGANDA



Fuente: Internet

FIGURA 5: NOTA ESCRITA POR UNA NIÑA SECUESTRADA EN CONFLICTO ARMADO EN BURUNDI



Fuente: Internet

El antecedente de abuso físico en niños y adolescentes tiene una correlación del 52.8% con Trastorno Borderline de Personalidad, el doble de posibilidades de desarrollar estrés postraumático comparado con la población general, así como depresión, abuso de sustancias y otros trastornos de ansiedad.

La presentación de síntomas se puede considerar transcultural, la diferencia se encuentra en la forma como se afronta el terrorismo en cada sociedad.

Intervención y Medidas Macrosistémicas en Violencia Social (3, 34)

El no intervenir psicoterapéuticamente a los niños y adolescentes en caso de conflictos armados, desplazamientos forzados o ataques terroristas aumenta su posibilidad de presentar patología en tres veces, así como el riesgo de desarrollar consecuencias intratables, lo cual representara gran deterioro en el funcionamiento de estos niños y/o adolescentes; incluirá su funcionamiento cognitivo, su desempeño académico, su salud, su estabilidad familiar y comunitaria; aumenta el riesgo de comorbilidad psiquiátrica, de actividades de alto riesgo, embarazo en adolescentes y síntomas depresivos que conllevan el riesgo de cuadros depresivos de mayor intensidad que afectarán el funcionamiento adaptativo, su autoestima y problemas de consumo de alcohol en la vida adulta. Los efectos perdurables y las memorias traumáticas son importantes para la cronificación de la psicopatología.

Se considera que siempre que se presente un evento traumático relacionado o no con violencia social deben implementarse programas de intervención en salud mental para prevenir la aparición de psicopatología relacionada con el trauma en los niños y adolescentes, pues como bien dice Ignacio Martín-Baró: *“...Ellos son verdaderos Hijos de la Guerra y a nosotros nos corresponde la difícil tarea de cuidar que no estructuren su personalidad mediante el aprendizaje de la violencia, de la irracionalidad y de la mentira”*.

La *psicoterapia centrada en el duelo y el trauma* es efectiva para la reducción de síntomas de estrés postraumático y para detener el progreso de la depresión. Los beneficios de este tratamiento se observan en la mejoría de los síntomas por aumento de la tolerancia a estos fenómenos mediante la re-

exposición controlada, el reencuadre cognitivo y la identificación y manejo de la reactividad física y psicológica a los recuerdos del trauma.

También hay mejoría de los síntomas de evitación y embotamiento por medidas de tipo educativo y de soporte que evitan el retraimiento y estimulan la participación en actividades con compañeros y familiares. Es importante solicitar a las víctimas que escriban o hablen sobre su experiencia traumática. Aquellos que utilizan mayores proporciones de palabras con emociones negativas tienden a mejorar más. Independiente de la expresión verbal emocional, se generará un aumento en la introspección, causado y asociado al uso del lenguaje a lo largo de las sesiones.

Lo anterior también debe acompañarse de escribir. En el tratamiento de menores y adolescentes abusados sexualmente es de gran importancia el nivel de complejidad que se logre en los relatos de la víctima, pues existe relación entre esta descripción y la patología postraumática que se presente. Más de la mitad de los pacientes que completan tratamiento con *terapia cognitivo- conductual*, que se enfoca en el desarrollo de habilidades de adaptación para el manejo de la ansiedad y de las cogniciones distorsionadas, mejoran. Con la *terapia de exposición* que implica la confrontación con los recuerdos del evento traumático o los disparadores de síntomas también se ve mejoría. La *desensibilización por movimientos oculares* en la cual se le solicita al paciente desarrollar imágenes mentales del evento traumático y relatar sus cogniciones negativas así como el reprocesamiento de las cogniciones asociadas al evento se utiliza con frecuencia.

En los adolescentes, el recurso de la *dramatización* nos permite abordar con mayor facilidad aquellos aspectos más conflictivos, ya que fácilmente ellos pueden representar roles diferentes en el plano verbal. La dramatización permite volver a los aspectos más infantiles, más regresivos, fantaseados, ensoñados, con imágenes difusas, afectos necesitados, deseos no expresados que en general se esconden y se lo esconden a ellos mismos.

En *psicoterapia de grupo* se han utilizado psicoterapias como la conductual, la cognitiva y la psicodinámica con buenos resultados, de igual forma, en el Perú se está aplicando con éxito aquella denominada “Relato del Trauma”, donde se estimula a las víctimas de este tipo de violencia a

hablar de su pasado frente a los demás. Se utilizan también técnicas del *sociodrama*, *video-foro*, *grupos de reflexión* y *talleres terapéuticos* utilizando el recurso de las bibliotecas-ludotecas.

Se hace necesario el involucramiento no solo del personal de salud mental infantil, sino la detección y remisión a salud mental por parte de pediatras y otro personal médico que tenga acceso al niño.

El manejo psicofarmacológico puede ser necesario en casos de: ansiedad de separación, ansiedad anticipatoria, síntomas depresivos.

Pero hay que recalcar que los métodos de terapia individuales y grupales no serían de valor práctico si no son combinados con atenciones con enfoque comunitario, pues, ante esta situación de riesgo psicosocial para las personas y comunidades, se hace importante que los programas de *asistencia humanitaria* en emergencia dirigidos a esta población, incorporen y fortalezcan la atención en salud mental.

El tema de la *atención psicosocial* en estas circunstancias es complejo debido a que existen diversos enfoques, válidos en contextos sociales, geográficos, económicos, de salud pública y del proceso específicos, que no permite hablar de un "modelo" único de intervención, se considera necesaria la definición de lineamientos conceptuales y prácticos que deben orientar las intervenciones de atención psicosocial. Además está claro que para muchas culturas la intervención con un modelo occidental no es la más adecuada ya que las personas esperan la ayuda de otros actores sociales y no precisamente de los trabajadores del sistema de salud mental, lo que requiere un verdadero entrenamiento para el manejo de la situación ante la diversidad cultural.

Es imprescindible una visión y comprensión gubernamental del problema de la violencia social sus causas y sus consecuencias que lo deben considerar como un *problema relevante.*, de esta manera se abren los espacios necesarios y se crean las condiciones para políticas públicas en Salud Mental, infancia y familia para las poblaciones afectadas, las mismas que deben tener su base jurídica en el desarrollo de leyes y decretos que las respalden. Se necesita un enfoque de salud pública con base en la promoción de la salud, la participación de la comunidad, la focalización de la población y la definición de problemas e intervenciones prioritarias; el

apoyo en un enfoque de riesgos psicosociales de carácter psicológico, familiares y socioeconómicos. La implementación de dichas políticas públicas reflejadas en los servicios e instituciones debe garantizar el acceso en salud mental a las familias, niños y adolescentes víctimas de esta situación.

Especial atención deben merecer las poblaciones de niños y adolescentes sometidas a desplazamientos forzados, pues: *“De todos los niños expuestos a la guerra, la población desplazada suele estar más expuesta de manera directa o indirecta”* (Spoljaric, 1993). Para ellos es fundamental:

- Estructurar la atención psicosocial como un componente del Plan para la atención en salud a población afectada en caso de desplazamiento forzado de manera conjunta con las entidades y así garantizar su derecho a la rehabilitación psicosocial en el marco del sistema de seguridad social en salud, desarrollando respuestas oportunas y eficaces a las necesidades en salud mental, articulando las políticas establecidas y apoyando el desarrollo de un sistema de información para dicha población.

Finalmente es muy importante el monitorear y realizar el seguimiento de la aplicación adecuada de los recursos asignados a los diferentes entes territoriales para la atención psicosocial a la población afectada de alguna forma de violencia social.

BIBLIOGRAFÍA

1. OPS/OMS. Salud Mental en la Comunidad. 2da Edición. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud N° 49. Washington, D.C., 2009, pp. 170 - 171, 174 – 175, 188, 190, 233.
2. OMS. Promoción de la Salud mental: Conceptos, evidencia emergente, práctica – Informe Compendiado. OMS, Ginebra, 2004. Traducción al español y reproducción por la Unidad de Salud Mental y Programas Especiales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Panamá.

3. Castro J, Ed. Psiquiatría de Niños y Adolescentes. Universidad Peruana Cayetano Heredia; Lima, 2009, pp. 107, 440, 470 – 475, 584-595
4. Martínez C. Capítulo Salud Mental del libro Pediatría. La Habana, 2006.
5. Bustillo J L. Los derechos de los niños. En http://jlpbustillo_files_wordpress_com-2009-10-unicef1_jpg.htm
6. Montenegro H. Salud Mental Infantil. En: Montenegro H, Guajardo H, editores. Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Editorial Mediterráneo; Santiago de Chile, 2000.
7. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), “La Pobreza Infantil en América Latina” en DESAFÍOS; Naciones Unidas, Boletín Septiembre 2005
8. Vegas E, Santibáñez L, “La Promesa del Desarrollo en la Primera Infancia en Latinoamérica y El Caribe”; Banco Mundial y Mayol Ediciones; Bogotá, 2010; www.siteresources.worldbank.org/INTLAC/Resources/PromesaDesarrolloTemprano.pdf
9. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), “Maltrato Infantil: una dolorosa realidad puertas adentro” en DESAFÍOS; Naciones Unidas, Boletín Julio 2009
10. Pinheiro S, “Acabar con la violencia contra los niños, niñas y adolescentes”; Estudio del Secretario General sobre Violencia Contra los Niños – UNICEF
11. Saad E, Morla R, Saad J. Depresión en Adolescentes y desestructuración familiar en nuestro medio. Investigación ganadora del Premio San Juan de Dios a la mejor Investigación Científica realizada en el Ecuador en el año 2001.
12. García Higuera J A. Efecto del divorcio en los hijos
13. Panchano C. DIVORCIO... ¿Cómo manejar la situación con los hijos? Nuevas formas de familia. Perspectivas Nacionales e internacionales. UNICEF y UDELAR. Uruguay. Nov. 2003
14. UNICEF, “Estado Mundial de la Infancia en América Latina y El Caribe 2008”

15. Saad E, Saad J, Cueva E, Hinostroza W, "Causas socio económicas de la emigración en el Ecuador y su impacto en la adolescencia", Revista Tecnológica, Edición Especial ESPOL Ciencia 2003
16. Saad E, Saad J. Impacto de la Migración en los adolescentes. Conferencia dictada en el Congreso del Colegio Ecuatoriano de Neuropsicofarmacología, Quito, 2003.
17. Liwski N. Migraciones de niñas, niños y adolescentes bajo el enfoque de derechos. Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescentes. Montevideo, 2007.
18. Quiñones Varela I, Sifontes Valdés B, Amil Álvarez B, Nápoles Téllez A. Características psicológicas del niño y adolescente que padecen Retinosis Pigmentaria. Instituto Superior de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay". Camaguey, 2007.
19. Corral Pugnaire E. Enfermedades terminales. El niño y su familia. Curso; 2009.
20. Rodríguez Ramos P. Reacciones del niño a una enfermedad crónica terminal
21. Bravo M, Rubio-Stipec M, Canino GJ, Woodbury MA, Ribera JC. The psychological sequel of disaster stress prospectively and retrospectively evaluated. *Am J Community Psychol* 1990; 18:661-80
22. Green BL, Grace MC, Lindy JD, Glesser GC, Leonard AC, Kramer TL. Buffalo Creek survivors in the second decade: comparison with unexposed and no litigant groups. *J Applied Soc Psychol* 1990; 20:1033-50.
23. Ursano RJ, McCaughey B, Fullerton CS. Individual and community responses to trauma and disaster: structure of human chaos. Cambridge University: U.K. Press; 1994.
24. Myers D. Disaster response and recovery: a handbook for mental health professionals. DHHS Publication No. (SMA) 94-3010. Rockville, MD: Center for Mental Health Services; 1994.
25. American Red Cross Disaster Mental Health Services. Disaster service regulations and procedures. American Red Cross Publication 3050M. Washington, D.C.: American Red Cross; 1991.

26. Emergency Services and Disaster Relief Branch. Children and trauma: the school's response [videotape]; 1992a.
27. Armstrong K, O'Callahan WT, Marmar CR. Debriefing Red Cross disaster personnel: the multiple stressor debriefing models. *J Trauma Stress* 1991; 4:581-93.
28. World Health Organization Division of Mental Health. Psychosocial consequences of disasters: prevention and management. Geneva: World Health Organization; 1992.
29. UNICEF. Situación de los niños, niñas, y adolescentes afectados por las lluvias de 1999 que residen en centros de refugios y Comunidades del Estado Vargas. Autor: Rivero, C.2000
30. Martínez Cristóbal. Importancia de los factores protectores para la salud mental infanto juvenil en emergencias y desastres <http://www.wpanet.org/education/docs/factores.doc> , 2009
31. Ibáñez Rojo V. El Médico Informe y Gestión.mht
32. Instituto Interamericano del Niño. Niños, niñas y adolescentes involucrados en conflictos armados. Organismo especializado de la OEA Programa de Promoción Integral de los Derechos del Niño PRODER. Montevideo, 2002.
33. La Guerra - Trauma y Terapia.mht. Reacciones psicológicas niños y adolescentes situaciones guerra.
34. Pontón Cortes W. Terrorismo e Infancia en Colombia. Consecuencias Psicológicas y Psiquiátricas. Bogotá.
35. Paradise J E. Valoración médica del niño que ha sufrido abuso sexual. *Clin. Pediatr. North Am.* 1990; 4:889-912.
36. Cartón Duarte J y Cortés Arboleda. Malos tratos y abuso sexual infantil. Siglo XXI de España Editores, s.a. Madrid 2000.
37. Elliot B. Abuso infantil. Universidad de Valencia. Facultad de Filosofía y Ciencia de la Educación. 1997 (<http://www.sename.cl/> 2010)
38. Marínez O, Serrano A, Hernández I. Incidencia de abuso sexual en niños y adolescentes. *Gamma.* Cuba.
39. Finkelhor D. Victimología infantil. En J. Sanmartín (Ed.). *Violencia contra niños.* Barcelona, 1999. Ariel, pp. 149-218.

40. Vázquez Mezquita B. Agresión sexual. Evaluación y tratamiento en menores. Madrid, 1995. Siglo XXI
41. Echeburúa E y Guerricaechevarría C. Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Barcelona, 2000. Ariel.
42. Ministerio de Justicia de Chile. Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales. 2004. CAVAS Metropolitano: 16 años de experiencia.
43. Milner J S y Crouch J L. El perfil del niño víctima de violencia. En J. Sanmartín (Ed.). El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos. Barcelona, 2004.

EL ACOSO MORAL ENTRE PARES (BULLYING)

DR. JOSÉ LUIS PEDREIRA MASSA

DR. HÉCTOR BASILE

INTRODUCCIÓN

Las situaciones de violencia en los contextos escolares se suelen circunscribir a peleas, robos o destrozos sobre el material y las instalaciones de los centros y, últimamente, a las agresiones dirigidas al profesorado. Las situaciones violentas abarcan otros hechos que no siempre se hacen explícitos y no es extraño que se describan como “comportamientos propios de la infancia”, “cosas de niños, donde no hay que meterse”, “siempre han ocurrido” y, además, “ayudan a fortalecer” el carácter del joven. Hay quien afirma que una dosis de agresividad entre los escolares es “necesaria” para formar adultos capaces de “moverse” en el mundo en que vivimos. Pero la realidad es otra bien diferente, poco a poco, esta agresividad ha pasado a convertirse en una cuestión preocupante por la elevada incidencia con la que se produce y, cada vez, con conductas más graves, incluyendo la alteración que conlleva en el normal desenvolvimiento de la vida escolar. Este tipo de violencia ha adquirido una mayor relevancia por el eco que recibe en los medios de comunicación y, en parte, también por la crudeza de algunos episodios, que ha hecho que llegue a estar presente en nuestra vida diaria, cada vez con mayor fuerza.

Un adolescente de 14 años en Hondarribia se suicidó, después de sufrir durante un tiempo el acoso y maltrato de varios de sus compañeros de clase. Recordaremos todos el caso de los dos niños británicos de 8 y 9 años que asesinaron a otro niño por el mero placer de “ver lo que pasaba” y “qué cara ponía”. De nuevo en España, dos chicas adolescentes asesinaron a una compañera de clase en una provincia andaluza para “ver qué se sentía al matar”. Evidentemente son los casos más extremos, los que llegan a los

medios de comunicación, pero esos casos suponen sólo la punta del iceberg de la violencia que tiene lugar, día a día, en los colegios.

Las relaciones de agresión y victimización entre escolares, lejos de ser una forma esporádica e intrascendente de interacción entre iguales, es una cuestión altamente preocupante. Las investigaciones llevadas a cabo en España, apuntan a que la incidencia va incrementándose paulatinamente. Los primeros estudios lo calculaban en torno al 20%, los últimos, encuentran un índice cercano al 40% (Cerezo, 1999). Esto en cuanto a las cifras totales, si las desglosamos, el porcentaje de escolares involucrados de forma habitual en la dinámica bullying se sitúa en torno al 15%, mientras que entre un 30-40% del alumnado manifiesta haberse visto envuelto alguna vez (“a veces”, “ocasionalmente”), en situaciones de maltrato, bien como agresor, bien como víctima (Cerezo, 1999; Ortega, 1994; Avilés, 2002). Un estudio realizado por Melero sobre la conflictividad y violencia en centros escolares de Málaga concluye que éste es un hecho bastante generalizado, ya que al menos el 57.5% del profesorado se siente afectado, en la mayoría de los casos envueltos en agresiones en forma de insultos y amenazas, aunque rara vez con maltrato físico, siendo la forma más común el enfrentamiento (39.7% de los casos).

¿Qué pasa con estos niños y adolescentes implicados en la dinámica del acoso escolar? Las intimidaciones no se pueden considerar parte del común y normal desarrollo del adolescente, numerosos estudios lo han relacionado con problemas emocionales y de conducta. Cada vez son más los niños que nos llegan a la consulta con cuadros diversos que tienen como trasfondo un maltrato en el colegio. Pero no sólo la víctima del maltrato presenta alteraciones psicopatológicas, el intimidador también suele presentarlas. A lo largo de este trabajo, aparte de describir en qué consiste la llamada dinámica bullying, describiremos la repercusión clínica de la misma según la bibliografía y según nuestra propia experiencia en el CSM I-J de Torrejón de Ardoz, correspondiente al área 3 de Madrid.

CONCEPTO DE ACOSO ESCOLAR O BULLYING

¿A qué nos referimos cuando hablamos de acoso escolar? La conducta agresiva que se manifiesta entre escolares, conocida internacionalmente como fenómeno *bullying*, es una forma de conducta agresiva, intencionada y perjudicial, cuyos protagonistas son jóvenes escolares (Olweus, 1973; Lowenstein, 1974; Besag, 1989; Cerezo, 1991, 2001). No se trata de un episodio esporádico, sino persistente, que puede durar semanas, meses e incluso años. La mayoría de los agresores o *bullies* actúan movidos por un abuso de poder y un deseo de intimidar y dominar. Un rasgo específico de estas relaciones es que el alumno o grupo de ellos, que se las da de bravucón, trata de forma tiránica a un compañero al que hostiga, oprime y atemoriza repetidamente, y le atormenta hasta el punto de convertirle en su víctima habitual.

Así pues, se define la conducta *bullying* como la violencia mantenida, física o mental, guiada por un individuo o por un grupo, dirigida contra otro individuo que no es capaz de defenderse a sí mismo en esta situación, y que se desarrolla en el ámbito escolar.

TIPOS DE BULLYING

El *bullying* puede tomar varias formas:

- **Maltrato físico**, como las diversas formas de agresión (empujones, puñetazos, patadas, agresiones con objetos) y los ataques a la propiedad.
- **Maltrato verbal**, como poner motes, insultar, ridiculizar, contestar con malos modos, hacer comentarios racistas. También son frecuentes los menosprecios en público, o el resaltar y hacer patente de forma constante un defecto físico o de acción.
- **Maltrato Psicológico**, mediante acciones encaminadas a minar la autoestima del individuo y fomentar su sensación de inseguridad y temor.
- **Maltrato social**, especialmente manifiesto en la propagación de rumores descalificadores y humillantes que pretenden la exclusión y aislamiento del grupo.

- **Maltrato indirecto:** cuando se induce a agredir a un tercero.
- **Abusos sexuales,** intimidaciones y vejaciones.

La violencia verbal (insultos, amenazas, intimidación, descalificaciones) es la más frecuente de las conductas que declaran los escolares, seguida del aislamiento social. Los patios, los pasillos, los baños, las entradas y salidas del centro, son lugares comunes y frecuentes de expresión de este tipo de violencia, pero tampoco es extraño que a lo largo del tiempo (en ocasiones meses o años) el espacio físico se extienda, a medida que se consolida el proceso de victimización. Tras la violencia verbal y la exclusión social, los comportamientos más prevalentes son las agresiones físicas directas y el presionar/obligar a otros a la comisión de agresiones (pegar, chantajear), y por último, estarían las amenazas con armas y el acoso sexual. Sin embargo, de una manera u otra en general más de una modalidad de maltrato estaría presente en casi todos los casos, estando el maltrato psicológico de forma latente en todas ellas con diferente grado.

DESCRIPCIÓN DE LOS SUJETOS

No todos los sujetos establecen pautas de relación interpersonal de la misma manera, incluso una misma persona reacciona de manera diferente según las circunstancias que la rodean, aunque parece que podemos encontrar ciertos patrones estables, con independencia del lugar y momento de la relación. Según ciertos estudios, como los de Cerezo y col., algunas dimensiones de la personalidad se revelan claramente diferenciadoras para cada uno de los sujetos implicados en una dinámica de agresión y victimización.

El agresor o bully:

- **Sexo:** la mayoría de estudios (Olweus 1998; Ortega 1994; Cerezo 2001) señalan como agresor principalmente al varón (en una proporción de 3 a 1).
- **Aspecto físico:** suelen poseer una condición física fuerte (aunque no es una característica constante).
- **Dimensiones de Personalidad:** establecen una dinámica relacional agresiva y generalmente violenta con aquellos que consideran débiles y cobardes. Son impulsivos, con falta de

empatía hacia el sentir de la víctima y falta de sentimiento de culpa. Se consideran líderes y sinceros, muestran alta autoestima y considerable asertividad, rayando en ocasiones con la provocación.

- **Tipos:** Olweus (1998) define dos tipos de agresor:
 - el **activo**, que agrede personalmente, estableciendo relaciones directas con la víctima
 - el **social-indirecto**, que logra dirigir, a veces en la sombra, el comportamiento de sus seguidores, a los que induce actos de violencia y persecución de otros compañeros.
- Además de estos prototipos, se identifica a otro colectivo que participa pero no actúa en la agresión, que son los **agresores pasivos** (seguidores o secuaces del agresor).

La víctima:

- **Sexo:** en general se acepta que el papel de víctima se reparte en proporciones iguales (Ortega, 1990; Cerezo, 2001; Mellor, 1990; Fonzi et al, 1999), aunque hay investigaciones que dicen que existen más chicos implicados (defensor del pueblo, 1999). En Japón parece que las intimidaciones se dirigen mayoritariamente a las chicas (Mombuso, 1994; Taki, 1992).
- **Aspecto físico:** suelen ser de complexión débil, acompañada, en ocasiones, de algún tipo de hándicap.
- **Dimensiones de Personalidad:** establecen sus relaciones interpersonales con un alto grado de timidez que, en ocasiones, les llevan al retraimiento y aislamiento social. Se autoevalúan poco sinceros, es decir, muestran una considerable tendencia al disimulo.

- **Tipos:** se aceptan igualmente los dos prototipos:
- **la víctima activa o provocativa:** combina un modelo de ansiedad y de reacción agresiva, lo que es utilizado por el agresor para excusar su propia conducta. La víctima provocativa suele actuar como el agresor, mostrándose violenta y desafiante. Suelen ser alumnos que tienen problemas de concentración y tienden a comportarse de forma tensionada e irritante a su alrededor. A veces son tildados de hiperactivos y lo más habitual es que provoquen reacciones negativas en gran parte de sus compañeros.
- La **víctima pasiva** es la más común. Son sujetos inseguros, que se muestran poco y que sufren calladamente el ataque del agresor. Su comportamiento para el agresor es un signo de su inseguridad y desprecio al no responder al ataque y al insulto.

El grupo:

Aunque en estas situaciones dos personajes están especialmente implicados (el agresor y su víctima), su repercusión, dado el carácter interdependiente de las relaciones sociales, afecta al grupo en su conjunto.

Los estudios sobre el tema demuestran que la dinámica bullying se ve favorecida por una serie de factores entre los que destacan la llamativa pasividad de los compañeros. Parece como si el resto del grupo, cuando se establece una relación de intimidación hacia otro compañero, optara por reforzar estas conductas o, a lo sumo, inhibirse del tema. Esta pasividad de los testigos tiene contenidos defensivos: generalmente tiene la intención de evitar convertirse ellos mismos en blanco posible de los ataques (“mientras se lo hacen a otro, no me lo hacen a mí”). De manera que, de simples observadores, pasan a ser cómplices de la situación y así, las situaciones de abuso encuentran apoyo en el grupo; es más, es el propio grupo quien, al aislar y no ayudar al sujeto víctima, en alguna medida, las genera y mantiene. Los compañeros son testigos de esta situación en, al menos, el 15-20% de los casos, según declaraciones de los propios escolares. Por lo tanto,

no es que se trate de una conducta desconocida, sino que es oculta, y en general pasa desapercibida para el adulto.

REPERCUSIÓN CLÍNICA

El colegio proporciona el lugar para la primera interacción social no familiar de todos los individuos. Las implicaciones que tienen las relaciones sociales en el contexto escolar para la adaptación del niño son tan importantes como las que se derivan del contexto de la familia. La influencia de los otros va a determinar en parte cómo el niño construye sus propios esquemas y la representación del mundo físico y social.

Las intimidaciones en los colegios no se pueden considerar como parte del común y normal desarrollo del niño y del adolescente. Un clima de violencia va a tener consecuencias altamente negativas desde la perspectiva del desarrollo psicológico, social e intelectual, así como en la obtención de una jerarquía de valores para todos los sujetos implicados en la violencia (directa o indirectamente). Numerosos estudios lo han relacionado con síntomas relacionales y emocionales, no sólo en los niños que sufren el maltrato, sino también en el acosador (asociándose en este caso a diagnóstico de conducta disocial, síntomas de depresión, síndrome de déficit de atención e hiperactividad y niños superdotados). Hay estudios además, que demuestran una relación muy estrecha entre los trastornos mentales en la edad adulta y el haber sufrido diferentes tipos de victimización durante la etapa infantil o adolescente. Además, algunas víctimas crecen en la convicción de que la agresividad es el mejor camino para conseguir lo que quieren, así que el haber sido víctima en la infancia propicia que al ser adulto victimice a otros

En España, Cerezo, en un estudio sobre el impacto psicológico del maltrato en la primera infancia y en la edad escolar, concluye que los niños maltratados, por lo general, presentan un funcionamiento psicológico mermado y suelen mostrar altos niveles de agresividad.

En general, en la mayoría de estudios se relaciona la victimización con mayor incidencia de sintomatología de carácter ansioso y depresivo, con una autoestima más baja, y mayor deseo de muerte (Díaz Atienza y col. 2004). La sintomatología afectiva suele ser más frecuente en las niñas que en los

niños. Cuando la victimización se prolonga, pueden empezar a manifestar síntomas clínicos que se pueden encuadrar en cuadros de neurosis, histeria y depresión (Olweus).

Los niños víctimas del acoso manifiestan en general la elevada tensión nerviosa en síntomas como dolor de estómago y de cabeza, pesadillas o ataques de ansiedad. Aparecen también trastornos del comportamiento, como rabietas y negativismo, fobias y miedos hacia la escuela, que con frecuencia se traducen en deseos de absentismo escolar y fugas (como forma de conducta de evitación). Además, cada vez es menor el nivel de interacción con el resto de compañeros, por lo que va incurriendo en el aislamiento, cuando no en el rechazo.

Las víctimas sienten que sus vidas están amenazadas y no saben cómo salir de esta situación, lo que provoca un estado de miedo que a veces experimentan también fuera del colegio. Hay otros niños que aprenden que siendo como los bullies consiguen lo que quieren, dándose el caso de víctimas-agresores.

En relación con la asociación de antecedentes de malos tratos en la infancia y la presencia de trastornos psicopatológicos a lo largo de la edad adulta, en los distintos estudios se observa una tasa significativamente más elevada de trastornos de ansiedad, abuso o dependencia de alcohol y comportamientos antisociales; también se señala en trabajos recientes la relación entre trastornos por dolor crónico y trastornos somatoformes crónicos con antecedentes de situaciones de maltrato de evolución crónica.

Srabstein (2006) asegura que la posibilidad de padecer psicopatología asociada en el fenómeno bullying afecta tanto a los sujetos acosadores (OR 2,7) como a los sujetos acosados (OR 3,2). La forma de presentación más frecuente consiste en la presencia de clínica psicosomática. Además la mortalidad se ve incrementada por un doble mecanismo: las conductas suicidas y como consecuencia de posibles accidentes acontecidos en el seno del bullying.

En resumen, según la bibliografía, los antecedentes de malos tratos en la infancia incrementan la probabilidad de presentar psicopatología en algún momento de la vida adulta. Esta relación es más sólida, estadísticamente hablando, en las mujeres que en los hombres.

La clínica que se ha expuesto hasta ahora puede incluirse en las que se presentan en alguna de las tipologías descritas por Terr para el Trastorno de Estrés Postraumático, en concreto en el tipo II o crónico y en el tipo III o mixto. Este tipo de conceptualización es lo que se asimila, para esta etapa del desarrollo, con el mobbing o acoso laboral en la etapa adulta.

Los trabajos más impactantes son los relativos a la asociación del fenómeno bullying con las conductas suicidas. Kim & Loventhal (2006) comparan las tasas de conductas suicidas en el bullying y en población normal en USA y en Corea, concluyen que en ambos países la tasa de conductas suicidas en la población involucrada en el fenómeno bullying es de un 30-50% superior a la tasa de conductas suicidas de la población normal. Las víctimas de bullying tienen más ideación suicida y es más persistente entre 2 semanas y 6 meses tras el episodio de acoso, siendo más persistente en las chicas que en los chicos (OR 2,1-3,2). En la relación bullying-suicidio, la presencia del trastorno depresivo actúa por dos mecanismos: El primero es que el trastorno depresivo se constituye en mediador de la conducta suicida, es decir, el bullying es el factor precipitante de la conducta suicida en el sujeto que padecía un trastorno depresivo y se constituye como un factor relevante de vulnerabilidad y, en segundo lugar, el trastorno depresivo se transforma en un factor de confusión/ocultamiento, ya que se responsabiliza al trastorno depresivo de la conducta suicida y se oculta el fenómeno bullying del que el sujeto estaba siendo objeto.

CIBERACOSO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: UN TIPO DE BULLYING EMERGENTE

La generalización de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) se han generalizado de forma sorprendente, este uso de las Tics no se ha visto correspondido por una investigación seria de sus consecuencias, por ello se encuentran dos líneas contrapuestas: los que opinan que este proceso de investigación debe realizarse de forma seria y consistente metodológicamente y, en segundo término, los defensores de la profundización en la utilización de las TICs.

La gran proliferación de las TIC representan un gran avance, tanto en el aspecto social como en el pedagógico, ya que es indudable que han

adquirido una gran difusión, ya han conseguido una relevante facilidad de acceso y de manejo por parte de niños, en muchos países tienen una inclusión en programas pedagógicos, sociales y de rehabilitación que representa un gran avance y progreso en la enseñanza, abriendo una nueva perspectiva en la colaboración inter pares para el aprendizaje y, sobre todo, favorece los procesos de información en el aprendizaje con el acceso más democrático a esa información por la generalización del uso de internet. Pero... son tecnologías que el chico puede hacerlas disfrutando de su soledad, además no siempre las figuras parentales tienen las habilidades suficientes y necesarias para supervisar los actos de sus hij@s, para los propios chicos les resulta más fácil desarrollar contenidos imaginarios que simbolizar de forma adecuada y el libre acceso y la navegación por espacios virtuales conflictivos por peligros de diversa índole quedan abiertos y sin control.

Estas circunstancias y factores positivos y negativos de las TIC tienen su gran importancia porque en muchos estratos sociales de nuestras sociedades se precisa que ambas figuras parentales trabajen fuera del hogar, por lo que muchos chicos llegan a su domicilio tras la escolaridad y se encuentran a solas durante muchas horas, bueno a solas pero con las TIC, así que surge un claro incremento del niñ@ que se hace a si mism@, derivado del descenso de supervisión y acompañamiento por parte de las figuras parentales dando lugar a lo que Urrea y Pedreira hemos venido denominando como “Síndrome del niño con la llave al cuello”. Una de sus primeras repercusiones es que este chico que llega a su casa y se encuentra solo con las TIC inicia un uso que comporta una deficiente utilización de TV, internet y video-juegos ya que se utilizan como efecto calmante/sedante de la ansiedad que les produce estar solos, de tal suerte que las video-consolas y los PC se transforman en verdaderos factores de riesgo, ya que utilizan de forma prioritaria la violencia para solución de los conflictos; el acceso a la pornografía se facilita por el descenso de la supervisión por parte de las personas adultas y por la soledad; el acceso a Internet resulta fácil y sin control parental, con lo que se inicia el conocido como ciberacoso y, por fin, se pueden utilizar determinados “juegos de rol” de forma inadecuada al

poder incluirse en ellos y no poder diferenciar, de forma adecuada, la fantasía/juego y la realidad.

Este nuevo espacio de las TIC origina un caldo de cultivo adecuado para que aparezca el acoso utilizando estas TIC, entre las diversas modalidades de acosar con estas nuevas tecnologías se han descrito las siguientes:

- **Ciberacoso :**
 - **Ciberacoso sexual:** Acoso entre adultos con una finalidad sexual.
 - **Cyberbullying** (ciberabuso): Acoso que se realiza entre menores de edad.
- **Ciberacecho** (Cyberstalking): Seguimiento online de los pasos que hace la víctima.
- **Grooming** (child grooming, internet grooming, cybergrooming): Consiste en el engatusamiento de menores de edad por parte de pedófilos o pederastas online, que consiste en ganárselos simulando empatía y cariño.
- **Cebo** (Luring): Artimañas utilizadas por los pedófilos online para atraer a niños a encuentros fuera de la Red.
- **Web apaleador:** Web creada para hacer cyberbullying sobre algún menor de edad, metiéndose con él/ella de manera pública y ridiculizándolo/la. A menudo se anima a otros internautas a participar en el abuso.
- **Flame:** Provocación mediante un mensaje incendiario enviado a un foro, lista de correo, cuyo objetivo es provocar las reacciones airadas de sus participantes. Suele contener insultos u ofensas y puede estar dirigido a todos en general, a un grupo de usuarios o a alguien en particular.
- **Guerra de notificaciones:** Medio utilizado, a veces, en casos de ciberacoso o cyberbullying para implicar a un proveedor de servicio contra la víctima.

Podemos aportar datos de esta actividad, en España en mayo de 2007 se detiene a MASQ (Perú) de 32 años acusado de robar contraseñas, coacciones y abusos sexuales; guardaba 741 direcciones de correo, sus

respectivas contraseñas, de chicas entre 8-14 años, 8 eran chicas españolas. En marzo de 2008, Javier Mendoza (Perú) de 29 años es detenido por extorsión y exhibicionismo sexual a niños y adolescentes, con el alias de Tuchicolindo contactaba y extorsionaba a chic@s para que se desnudaran ante su webcam y, en ocasiones, realizaba extorsiones económicas a las familias de estos chicos para evitar dar difusión a las imágenes obtenidas. En el mes de abril de 2008 se detienen a seis personas (5 en Canarias y 1 en Madrid) por presionar a chic@s para que se despojaron de la ropa ante la webcam; apenas un par de meses después en junio de 2008 la policía española realiza la denominada “Operación Lobos” donde se arresta a un estudiante madrileño por acosar y chantajear a seis chic@s menores de edad; ya en noviembre de 2008 dos adolescentes de Vigo denuncian que un desconocido les ofrece recarga de 20 euros en su teléfono móvil a cambio de que se desnuden en su webcam. En febrero de 2009 ocurre la detención de un hombre de 67 años de Tarragona, que se hacía pasar en la red por un adolescente apodado Joselito; en junio de 2009 se decreta prisión para un hombre de 23 años de Cádiz por engañar a 250 personas y chantajearlas, la mayoría de ellas eran mujeres y menores de edad, este sujeto utilizaba 12 alias para engañar a sus víctimas. En el mes de octubre de 2009 se detiene a un agresivo ciberacosador de 22 años en Cádiz, que se hacía pasar por un adolescente y se ganaba la confianza de un chico de 11 años de origen estonio, obtiene fotos del chico semidesnudo, al negarse el chico a remitir fotos más fuertes, el chantajista distribuye las fotos obtenidas hasta entonces entre sus conocidos, el chico acosado no soporta la vergüenza y se suicida. En febrero de 2010 un hombre de 33 años es detenido por violar a una chica de 16 años, el contacto se realizó en una red social (Twenti): gana la confianza de la chica y obtiene información confidencial, tras lo que se inician las amenazas para obtener una cita, y para conseguirla chantajea a la chica con difundir a sus familiares las imágenes e información, la chica termina aceptando la cita y el acosador la viola en un descampado.

La última herramienta utilizada en internet para realizar ciberacoso, ha venido determinada por la generalización del uso y pertenencia a las denominadas redes (in)sociales. Las más comunes son: Facebook, Myspace, Twenti, Habbo, Flickr, SchülerVZ, YahooAnswers. Desde la Comisión de

la UE se ha solicitado que incrementen sus medidas de seguridad, pero solo el 40% de las empresas velan por la confidencialidad de los datos de los adolescentes, por lo que se solicita a los chic@s que se piensen bien antes de enviar datos confidenciales, aunque se insiste en el hecho que las compañías deberían aportar la información correcta en el lenguaje adecuado. Tal y como hemos expresado con anterioridad los nuevos ciberacosadores utilizan un procedimiento que, según la Brigada de detección y procesamiento del ciberacoso en España sería el siguiente: un experto en informática, envía troyanos que infiltran el disco duro de las víctimas y acceden a textos, fotos y correos; tras ello realizan las maniobras de captación: buscar algún menor de edad que encaje en sus gustos libidinosos, enviar un primer mensaje en el que se hace pasar por un adolescente, solicita el correo para mantener una charla privada, habitualmente desde Menssenger, se inicia la seducción y, una vez conseguida, se da el paso para establecer el acoso, tras lo que, en muchas ocasiones, se solicita la cita presencial.

En los chic@s acosados se han descrito rasgos que oscilan entre dos extremos: los rasgos narcisistas de la personalidad y el retraimiento e inhibición social. En ambos casos se sienten seducid@s por la oferta y los halagos recibidos. Destaca la indefensión ante el acoso, por lo que da paso a una sensación de perplejidad y desorientación ante la actitud y demandas del ciberacosador. Este es el momento en que aparece una sensación de culpabilidad creciente por lo realizado con vergüenza por sus actos ante la webcam o los contenidos de los correos. En el mundo exterior se detecta un cambio de su conducta y del tipo de respuestas ante situaciones habituales. Lo más detectable es que se sientan durante horas y horas ante el PC, mientras sus relaciones interpersonales del mundo real, sus amistades de siempre se van distanciando y haciendo más escasas.

Un hecho que nos inunda, que se generaliza, que se difunde: el uso de los teléfonos móviles o celulares por parte de los menores de edad y, cada vez, más precoz. El móvil parece casi como un nuevo compañero o, al menos, una nueva dedicación. Lo que ocurre es que, cada vez con más frecuencia, el móvil llega al colegio con tres situaciones claras y novedosas: la actitud de los chicos que defienden poder utilizarlos e invaden las actividades, tanto

recreativas como escolares; ante ello la actitud de las figuras parentales es, cuanto menos, ambivalente ya que les facilitan el acceso pero no son capaces de transmitirles un uso correcto y respetuoso, condicionando que no comprendan que el contexto escolar tome medidas disciplinarias ante el reiterado uso y abuso de estos instrumentos invasores en el normal desempeño de los chicos en el aula; así que, por fin, aparece la gran duda y la gran pregunta: ¿Qué hacer? Esta nueva situación se ha ido imponiendo y, en muchos casos se ha ido de las manos y muchos Consejos Escolares se han visto en la urgente y perentoria necesidad de acordar medidas para abordar la situación, simplemente que se retome el respeto mutuo. Con todo ello se reconoce la necesidad de control, pero surgen las preguntas clave ¿qué control? ¿cómo establecerlo? ¿cuándo realizarlo? ¿dónde ejecutarlo? ¿por qué realizarlo? ¿para qué desarrollarlo? En definitiva, lo que está en juego es evitar las delegaciones mutuas, asumiendo las co-responsabilidades de todos.

El uso del móvil/celular por parte de los chicos en edad escolar cada vez más precoz se justificó para contribuir a mejorar la comunicación y conseguir un mejor control, pero ya se ha iniciado un uso perverso de estos celulares: Llamar para presionar/acosar a otros compañeros; grabar para tener “pruebas” de lo que se hace, pues ya no solo es tener un celular, sino conseguir el que más utilidades tiene y el que es más sofisticado; una vez que se graba se difunde la información para que “se sepa el poder que tengo”; por lo que el móvil/celular pasa a ser una centralita de comunicación total, apareciendo las citas de siempre y las “nuevas” citas, pero sobre todo emerge la posibilidad de una nueva adicción.

En la Comunidad Autónoma de Cantabria (España) se detectó que el 87% de los adolescentes tenían móvil (91,6 % de mujeres / 82,4% de varones), la edad media en que ya lo poseían el móvil era los 11 a 13 años, lo más sorprendente es que el 46% de los niños usaban el móvil en el Centro Escolar.

De esta suerte el móvil/celular pasa a determinar un nivel de posicionamiento o estatus del poseedor pero, sobre todo, detenta el lugar de instrumento de integración inter pares de primera magnitud. De esta suerte se inicia la aparición de síntomas: del más inespecífico del fracaso escolar,

como indicativo primordial que algo cambia, que algo acontece, se pasa a los síntomas de ansiedad e inestabilidad, sobre todo en ausencia del uso del aparatito y se puede terminar en la dependencia total, cuyo primar síntoma de aviso consiste en llevar el móvil para dormir. En general los síntomas más frecuentes en este tipo de adicciones son: tendencia al aislamiento, se vuelven asociales/despersonalización; pierden la noción del tiempo en que consumen los instrumentos de pantalla; falta de autocontrol; se muestran irritables, nerviosos, descentrados; tienden a la satisfacción inmediata con una continua búsqueda; muestran una incapacidad para detectar la realidad; presentan valores y juegos diferentes a los de su contexto familiar y educativo; mirar de forma compulsiva si tienen llamadas o mensajes sms, y, por fin, no saben reconocer los peligros a los que están expuestos.

LAS ENSEÑANZAS DE LA CLÍNICA

Algunos ejemplos clínicos pueden aclararnos lo expresado hasta este momento:

María es una chica de 13 años, delgada y algo desgarbada. Nos es remitida de urgencia por su Pediatra porque de forma brusca presenta pérdida de memoria y crisis de ansiedad consistentes en agitación psicomotriz, desorientación y amnesia. Ha acudido en varias ocasiones al Servicio de Urgencias del Hospital, donde se le ha realizado una exhaustiva exploración somática y neurológica que obtiene resultados en valores normales. Por todo ello aparece una duda diagnóstica, en la interconsulta de urgencia realizada al equipo de guardia del Servicio de Psiquiatría: Trastorno disociativo o simulación. María se muestra colaboradora en la entrevista, escucha y narra algunas cuestiones con coherencia. En algunas cosas, las referidas al instituto de enseñanza media al que acude (rendimiento escolar, amistades, relaciones) se muestra más a la defensiva e imprecisa, recurriendo en varias ocasiones a “no me acuerdo”. También en determinadas cuestiones de su casa o de sus actividades habituales recurre al “según dicen.....”, “Yo debía hacer.....”. Se dedicaba a tocar en una banda juvenil y sí que recuerda tocar la guitarra, aunque dice que no se acuerda de lo que hacía. La figura materna es una persona peculiar, nos comenta que ella y su marido están separados y que María convive con ella; hace unos meses, coincidiendo con el inicio

escolar en un nuevo centro, un grupo de chicas habían presionado mucho a María con insultos y amenazas; la madre había intentado decírselo a la tutora y al Jefe de Estudios, pero no habían dado importancia a los comentarios de María, adujeron que eran “cosas de chicas al recibir a la nueva”. Al parecer María había dejado de hablar de ello, hasta que de forma brusca “se olvida de todo, no recordaba ni lo más habitual y no paraba quieta, no se podía hablar con ella, no dormía, no comía, no quería ir al colegio. Un tormento, oiga”.

Jaime es un chico de 11 años, rubio, bien parecido. Es remitido igualmente por el Servicio de Urgencia Hospitalaria porque ha acudido de forma reiterada en la última semana por presentar un persistente descontrol de su diabetes, todo ello sin realizar ninguna transgresión ni acontecer ningún proceso orgánico intercurrente. Las figuras parentales, acuden ambas, señalan que le han notado más inquieto, intranquilo y preocupado, al poco tiempo su diabetes empieza a descontrolarse sin causa aparente y de forma irregular. El Director del Centro les ha comentado que Jaime ha agredido a unos chicos que antes eran sus amigos. Al profundizar en esta cuestión, pues ambas figuras parentales se sorprenden de esta conducta de Jaime, se constata que desde su llegada a este Colegio este grupo de chicos se había metido con Jaime con amenazas, y Jaime para solventar esta situación se había aliado con ellos. Así había funcionado durante unos meses, pero estos chicos agredían y amenazaban a otros compañeros y Jaime decide abandonar ese grupo. Desde entonces se inicia una fase de amenazas, gestos de pegarle a la salida, insultos en bajo... hasta que un día en el patio del centro escolar le acorralan y Jaime se defiende, lo que es interpretado desde el Centro como agresión por parte de Jaime y tensión creada por la madre de Jaime por acudir a mirar desde el enrejado exterior. Esta agresión se reiteró en una actividad extraescolar y el educador encargado constata que no hubo provocación por parte de Jaime y que le insultaban de forma indiscriminada. Tanto la dirección del Centro como la Jefatura de Estudios restan importancia y trascendencia a esta presión de meses, aduciendo que “es normal por el distanciamiento habido”, además “los padres de Jaime son hiperprotectores” y “¿qué vamos a hacer? Si les cambiamos de clase, seguirán viéndose en la calle”.

Matías de 9 años consulta porque no atiende en clase, no para quieto, siempre está a la que salta e interrumpe constantemente y su rendimiento escolar se ha ido deteriorando de forma paulatina en el último curso. La Profesora sospecha un Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y lo remiten a nuestro servicio que, inicialmente confirma el diagnóstico y le prescribe Metilfenidato según las pautas habituales, sin mejoría aparente. Un cambio de profesional en nuestro servicio hace que se re-historie a Matías. Aparece que hace un par de cursos había llegado al centro escolar un chico un poco mayor, un tanto bravucón que inició unas conductas de intimidación hacia Matías: presionarlo para que le llevara dinero para “protegerlo”, luego le solicitaba que le llevara un almuerzo determinado, más tarde le amenazaba y exigía que hiciera determinadas cosas a otro chicos. El curso pasado se constata los síntomas que originaron el diagnóstico referido y el presente curso aparecen quejas de abdominalgias, malestar, negativa a acudir al centro escolar y alteración patente del humor (baja autoestima, oscilaciones del humor, alteración del sueño y pérdida del apetito). A pesar de señalar estos datos, en el centro escolar continúan aferrándose al TDAH y cuesta un gran trabajo obtener su colaboración para desactivar la situación.

Aitor tiene 14 años, es remitido a nuestro servicio para estudiar su fobia escolar (falta de concentración, inatención, negativa a acudir a clase y búsqueda de excusas para conseguirlo). Aitor es un chico grande y algo blando, su nivel intelectual impresiona de límite a lo largo de las entrevistas. Sus padres son de edad avanzada y es el menor de una fratría de tres hermanos, pero la diferencia de edad con el segundo es de 21 años. Se han cambiado de domicilio al inicio de este curso y a las pocas semanas Aitor presenta un hambre superior al habitual, dificultad para conciliar el sueño y una creciente irritabilidad, síntomas que han ido en aumento, hasta que se asocia con dificultad para entrar al colegio o entraba y al poco tiempo eran requeridas las figuras parentales porque Aitor presentaba mareos, náuseas y hasta vómitos. La negativa a asistir al centro escolar va en aumento y ningún razonamiento hace modificar esta actitud. En la consulta Aitor narra que unos chicos le insultan, le amenazan con pegarle si no hace lo que ellos le digan, siendo una imagen que le vuelve una y otra vez a la mente. Al

plantear la situación a la Dirección del Centro escolar nos comenta que es una “exageración” que Aitor es “limitito” y que no se puede hacer nada.

El caso más sorprendente es el de Amalia de 18 años. Remitida por presentar clínica que fue diagnosticada como Trastorno del comportamiento alimentario (TCA). Los síntomas se habían iniciado a raíz del sentimiento de vacío y las mofas que le hicieron sus amigas de siempre cuando pasó a ser la única de todo el grupo de chicos y chicas de la “pandilla” que rendía bien en los estudios y había conseguido entrar en la Universidad. La clínica TCA parecía concluyente y así se diagnosticó, hasta que se fueron abordando otro tipo de contenidos...

Curso de formación con Equipos Psicopedagógicos de nuestro Área sanitaria: se plantea el tema del bullying. La actitud es dubitativa y ambivalente: reconocen que han “leído” de la existencia del cuadro, que han visto “algún que otro caso que podría ser, pero poquito”. Plantean la gran y extrema dificultad en atender estos casos por las dificultades en poder detectarlos y la incredulidad por parte de Dirección y profesores. Los claustros minorizan el problema y la intervención institucional es muy limitada: ¿cambio de clase o... de centro? ¿de quién o quiénes? ¿cómo hacerlo?

Sorprende en este tema, como en otros relacionados con violencia familiar o laboral, esa especie de “pacto de silencio” que acontece entre los compañer@s de clase, que pueden conocer, de hecho conocen, (pues en nuestros casos expuestos con anterioridad era así), la situación del acoso y quiénes son tanto los acosados como los acosadores. Pero hay silencio, un terrible pacto de silencio que se inicia en el propio chico acosado y se continúa en el resto de escolares que ven, entre impotentes o impasibles o casi cómplices, la situación creada. Este es, sin duda, uno de los campos a investigar en un futuro, ya que los estudios actuales se refieren al grado de aceptación que tienen los acosadores, muy superior al de los acosados, por parte de los pares; se ha visto que a medida que pasa el tiempo ese apoyo disminuye, pero no afecta al silencio en torno a este tipo de conductas.

Lo más curioso, si cabe, es la actitud de las figuras parentales de los acosadores. En general se muestran reivindicativos hacia los “derechos de mi hijo” o bien “si él pega ... por algo será”. Minimizan su comportamiento

y agresividad y lo hacen amenazando a la institución escolar y con grandes tasas de agresión hacia los que les señalan la deleznable conducta de su hijo. Esta actitud paraliza, aún más, a una institución escolar dubitativa e incrédula.

El último punto a señalar consiste en que, también en estos casos como en otros relacionados con la violencia familiar y el acoso laboral, la actitud de las instituciones escolares es percibida, en ocasiones con mucha justeza, como más tolerantes con los agresores que los sujetos víctimas del bullying. Se tiende a minimizar los hechos, a buscar explicaciones, a sancionar a la baja al acosador cuando no a culpar al acosado si se defiende o a buscarle un diagnóstico psicopatológico e incluso a ser tratado farmacológicamente por tal proceso. Es decir: la práctica real libera al acosador de su carga y abandona al acosado a su suerte.

Una tarde de invierno, Ramiro se sentó en su computadora para chatear con sus amigos como lo hacía todos los días. Para un chico de 15 años, conectarse a Internet e intercambiar mensajes, fotos y música es lo más parecido a respirar. Hacía un mes que "lo más" era un nuevo sitio llamado tcuento.com, en el que los usuarios, sin necesidad de inscribirse y de forma anónima, podían intercambiar los chismes de cualquier colegio. A Ramiro le divertía leer cómo algún desconocido era "escrachado" por comentarios que revelaban detalles de la intimidad del desdichado. Pero aquella tarde vio su foto publicada, su cara, en primer plano, ocupaba una cuarta parte de la pantalla., debajo, un mensaje anónimo atacaba: "este es el pelotudo de Ramiro, para el que no lo conozca". A las pocas horas, otra foto trucada lo mostraba con una nariz de payaso, una peluca fluorescente y el dibujo de un pene en la boca, inauguraba la catarata de insultos la pregunta: "¿sabes deletrear fracasado?" "Soy al que más insultan en esa página. Primero me molestaban por el Messenger; después pegaron mi foto en el sitio", contó Ramiro, que aceptó contar su historia, al igual que los otros chicos que se animaron a dar testimonio con la condición de que no hubiera fotos y se cambiaran los nombres verdaderos. Fotos trucadas, difusión anónima de rumores, intimidades e insultos, bromas crueles y palizas/golpizas filmadas que luego son subidas a la Web o mensajes de texto a través de celulares y correos electrónicos intimidatorios, son algunas de las variantes de esa

forma de violencia y a veces extrema crueldad cada vez más extendida entre los chicos.

Paula de 16 años, cursa tercero del polimodal en una escuela de La Plata, en 2007 se enteró de que una persona anónima había creado un fotolog para molestar a sus compañeros. "Me sacaron una foto en el patio del colegio y la postearon (publicar en el sitio). Alguien había dejado un mensaje: "¿Es torta o lo hace para llamar la atención?" Al lado, como si fuera un diálogo, otro le contestaba: "No, no es torta, le encanta la pi... y se la mama a cualquiera". "¿Por qué me eligieron a mí, si yo no les había hecho nada?", era la pregunta incomprensible e imposible de contestar a Paula.

La repercusión mediática que tuvieron distintos casos de violencia escolar en los últimos años, sobre todo los que se desarrollan con procedimientos informáticos y tecnológicos, muchas veces actualiza la pregunta ¿Hay más violencia entre los jóvenes? Pero los profesionales cautos prefieren decir que lo más plausible es que los desarrollos tecnológicos tornan visibles algunos fenómenos que antes estaban escondidos, en efecto, internet visibiliza fenómenos que ya existían y hace público algo que antes estaba en espacios privados. El creciente acceso a las innovaciones tecnológicas por los adolescentes ha sido decisivo para el desarrollo del fenómeno. El problema es que, a través de un diálogo de chat, se cuentan intimidades, por ejemplo inquietudes sexuales lo que les vuelve vulnerables ya que si uno de los interlocutores quiere traicionar al otro, le es muy fácil: copia y pega el diálogo y lo envía por mail.

INTERVENCIONES PREVENTIVAS

La prevención en el complejo fenómeno bullying no es fácil y precisa constancia y objetivos claros, porque se realiza a un medio y largo plazo.

Espelage (2006) realiza un metanálisis sobre los trabajos que abordaban la prevención de la violencia en los centros escolares, encontrando 1600 estudios, de ellos sólo 67 poseen criterios científicos, de los que solamente 14 aportan resultados efectivos. Incluyó también 300 publicaciones, de las que sólo el 25% aportan datos consistentes sobre la disminución de la violencia. De los 14 trabajos que aportaron resultados efectivos y fiables reunían una serie de características comunes: El programa preventivo

aplicado era el programa de prevención de Olweus; en segundo lugar, estos programas resultan efectivos para algunos tipos de estudiantes, pero no resultan tan efectivos en los estudios mejor diseñados y más exigentes metodológicamente, por fin la verdadera acción preventiva, base y clave para comprender un buen resultado es actuar mejorando el clima escolar en todos sus estamentos y niveles organizativos.

Es indudable que en todo tipo de acoso las figuras parentales juegan un papel fundamental, pero sobre todo es clave su papel en los acosos cibernéticos, por la enseñanza de actitudes y uso de las TIC. Por ejemplo, evitar destacar la equivalencia de violencia con poder o de violencia con algo cotidiano; restringir, drásticamente, el tiempo de ver TV; no dejarles ver solos la TV, lo que incluye que en la habitación de los niños no haya aparato de TV; comentar las escenas “conflictivas” con los hijos y seleccionar bien los programas y las horas de emisión.

En el contexto escolar es fundamental informar (p.e. escenificar, dramatizar...), con la finalidad que sean responsables de sus herramientas. Han demostrado eficacia las escuela de padres y la elaboración de materiales (pautas, información seleccionada, implicar al grupo) utilizar las TIC con fines educativos p.e. Blog, moodle, redes sociales, pero con (pautas sobre el buen y mal uso. Lo más habitual es realizar encuestas, p.e. responder a la pregunta, ¿cómo utilizamos internet, móvil...?; juegos de rol (p.e. escenificar situaciones conflictivas en relación a las TIC); análisis del lenguaje (p.e. punto de vista positivo en base a los SMS, messenger y e-mail); utilización de los recursos tecnológicos educativamente; clasificar los videojuegos (p.e. llevar los que tienen y clasificarlos en apartados para distinguir unos de otros); Análisis de ventajas e inconvenientes del juego online.

En el contexto familiar es fundamental participar y compartir estas nuevas aficiones, para lo que los instrumentos y aparatos deban ubicados en el lugar más adecuado del domicilio; invitar a los amigos a participar; incorporar Internet como medio de estudio; establecer un programa de horarios; hablar positivamente de Internet sin ser empalagosos; usar programas de control parental; limitar el uso de aplicaciones determinadas; saber sugerir

actividades alternativas y, sobre todo, saber entender el exceso como un síntoma, pero señalarlo hay que hacerlo evitando juicios de valor.

Las figuras parentales para internet podrán: elegir un lugar comunitario de la casa para ordenador y uso de Internet; es aconsejable que los padres sean guías electrónicos de sus hijos; saber ayudarles y supervisar y orientar sobre el contenido de Internet y, por fin, seleccionar los “portales y actividades” que potencian el desarrollo de cualidades. Para el móvil: evitar la adquisición de las últimas tecnologías que fomentan el uso e incrementan los costos; seleccionar modelos que garanticen “la comunicación”, evitar el uso del móvil en Centros Escolares y establecer sistemas tecnológicos de control.

Un chico "buleado" o acosado que, por vergüenza, no se anima a contar a sus padres lo que ocurre, o que habiéndoles contado no recibe de ellos la debida protección, pone de manifiesto una relación familiar disfuncional. Si hay buena comunicación entre padres e hijos, estos últimos en caso de ser acosados, recurrirán a los primeros, es tarea de las figuras parentales buscar una solución, desde cambiar al chico de colegio hasta hacer terapia familiar para ver por qué el chico tiene baja autoestima, inseguridad, dificultad para hacerse respetar, saber valorar si es necesario que libere un año escolar, lo más complicado consiste en dilucidar si se puede tomar la vía judicial - contra el colegio, contra el chico abusador, contra las autoridades escolares que ven lo que sucede y no intervienen, pues entonces deberán entablar las correspondientes demandas y exigir sanciones.

Aunque sean acciones de prevención terciaria el mensaje que envían las figuras parentales con su actuación debe ser claro: "no vamos a tolerar pasivamente la violencia; haremos lo que sea necesario para proteger a nuestro hijo y para enseñarle que cuando es víctima de violencia debe reaccionar, ponerse a salvo y buscar justicia”.

Así mismo cuando el chico, por vergüenza, no cuenta a sus padres lo que le pasa, es tarea de las figuras parentales detectar cambios en su conducta, cambios en sus hábitos alimentarios, en sus hábitos de sueño, irritabilidad, depresión, o cualquier otro síntoma de que algo no está bien. Si se detectan estos síntomas, los padres deben confrontar al chico para saber qué le pasa,

deben hablar con los profesores y el director e incluso con los compañeros del chico para llegar a la verdad.

Los chicos que son víctimas de abuso muchas veces están solos y aislados, no solamente en el aula, sino también en sus casas. En realidad, reproducen en el ámbito escolar el rol que tienen en su hogar: no son escuchados, no son tomados en cuenta, no son respetados, no son valorados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Avilés, J.M. (2002). *La intimidación y el maltrato en los centros escolares (bullying)*. Revista Lan Osasuna, nº 2.
2. Basile, Héctor S. (2010): *Esquemas de Psicopatología*. Biblioteca Virtual de Psicopatología. Buenos Aires Argentina.
3. Basile, Héctor S. (2010): *Historia de la Psicología y la Psiquiatría Infanto Juvenil, En el marco del desarrollo de las Ideas Culturales, Científicas y Sociales*. Biblioteca Virtual de Psicopatología. Buenos Aires Argentina. (2010).
4. -Basile, Héctor S. (2010): *Violencia Escolar, en Psicopatología del Adolescente*. Biblioteca Virtual de Psicopatología. Buenos Aires Argentina. www.psicoadolescencia.com.ar/docs/violenciaes.pdf
5. Berson, I. R., Berson, M. J., & Ferron, J. M. (2002) · *Emerging risks of violence in the digital age: Lessons for educators from an online study of adolescent girls in the United States*. Journal of School Violence, 1(2), 51-71.
6. Besag, V. (1989). *Bullies and Victims in Schools*. Philadelphia: Open University Press.
7. Bond, L. et al. (2001). *Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers*. BMJ 2001, 323: 480-4.
8. Bringué, X.; Sádaba, C. (coord.) (2008). *La Generación interactiva en Iberoamérica. Niños y adolescentes ante las pantallas*. Barcelona: Ariel.

9. Cerezo, F. (1996). *Agresividad social entre escolares. La dinámica bullying*. Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
10. Defensor del Pueblo (1999 y 2004). *Informe sobre violencia escolar*. Madrid: Autor.
11. Díaz-Atienza, F. y col. (2004). *Relación entre las conductas de intimidación, depresión e ideación suicida en adolescentes. Resultados preliminares*. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 2004, 4(1); 10-19.
12. Feixa, C. (2009): Los adolescentes, generación replicante. *El País de Madrid*, 18 de septiembre. www.psicoadolescencia.com.ar/docs/espania2.pdf
13. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 41: 441-55.
14. Hinduja, S. & Patchin, J. W (2008): Cyberbullying: An Exploratory Analysis of Factors Related to Offending and Victimization. *Deviant Behavior*, 29(2), 129-156.
15. Himitian, E. (2009): Alarma por la violencia juvenil. *La Nación*, Buenos Aires, 1 de septiembre de 2009. www.psicoadolescencia.com.ar/docs/alarma.pdf.
16. Lenhar, M. (2007): "Cyberbullying and Online Teens". *Pew Internet & American Life Project*. June.
17. Li, Q. (2006) "Cyberbullying in schools: A research of gender differences". *School Psychology International*. Vol. 27, n. 2, p. 157-170.
18. Lowenstein, L.F. (1977). *Who is the bully?* *Home and School*, 11, 3-4.
19. Martín, L. y Pedreira, J.L. (2004): *Somatizaciones crónicas en la infancia y riesgo psicosocial: Resultados de un estudio preliminar*. Póster VIII Congreso de Psiquiatría. Bilbao, 2004.
20. Mason, K.L. (2008): "Cyberbullying: A preliminary assessment for school personnel". *Psychology in the School*. Vol. 45, n. 4, p. 323-348.
21. Melero, J. (1993). *Conflictividad y violencia en los centros escolares*. Madrid: siglo XXI.
22. Olweus, D. (1994). *Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program*. *J Child Psychol Psychiatry*, 1994; 35: 1171-90.

23. Olweus, D. (2003): "A profile of bullying at school". *Educational Leadership*. Vol.60, n. 6, p.12-19.
24. Orte, C. (2003). *Los problemas de convivencia en las aulas. Análisis del bullying*. Rev. Elect. Interuniv. Form. Profr., 6(2).
25. Ortega, R. (1994). *Violencia interpersonal en los centros educativos de enseñanza secundaria. Un estudio sobre el maltrato y la intimidación entre compañeros*. Revista de Educación, 304, 55-67.
26. Patchin, J. W. & Hinduja, S. (2006). Bullies Move beyond the Schoolyard: A Preliminary Look at Cyberbullying. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 4(2), 148-169.
27. Pedreira, J.L.: *Niños especiales (2004): ¿Maltratados o maltratadores?* En Avances en Medicina Forense. Madrid: Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia, págs. 473-539.
28. Pedreira, J.L. y Sardinero, E. (1996): *Prevalencia de trastornos mentales en la infancia en atención primaria pediátrica*. Act. Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 24, 4, 173-190.
29. Pedreira, J.L.; Paradela, I.; Quesada, C.; Sardinero, E. y Magro, R. (2001): *Perfiles comportamentales de la infancia en la edad escolar (6-11 años) y recursos sanitarios para abordarlos: Estudio sobre población general*. En: Investigaciones financiadas por la Oficina del Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid del año 2000. Madrid: Oficina del Defensor del Menor, págs. 247-420.
30. Pérez Algorta, G. (2004). *Dinámica bullying y psicopatología en adolescentes*. Interpsiquis, 2004; (2004).
31. Perry, D., Williard, J. y Perry, L. (1990). *Peer's Perceptions of the Consequences that Victimized Children Provide Aggressors*. Child Development, 61, 1310-1325.
32. Roland, E. (2002). *Bullying, depressive symptoms and suicidal thoughts*. Educational Research 44(1): 55-67.
33. Salmon G. et al. (1998). Bullying in schools: self reported anxiety, depression and self-esteem in secondary school children. BMJ 317: 924-5.

34. San Martín, R. (2008): La Escuela no está preparada para atender hechos violentos. La Nación de Buenos Aires, 6 de agosto. www.psicoadolescencia.com.ar/docs/escuela.pdf
35. Slee, P. y Rigby K. (1993). *The relationship of Eysenck's personality factors and self-esteem in schoolboys*. Personality and individual differences, 14 (2), 371-373.
36. Slonje, R.; Smith, P.K. (2008): "Cyberbullying: Another main type of bullying?" *Scandinavian Journal of Psychology*. Vol. 49, p. 147- 154.
37. Smith, P.K. [et al.]. (2008): "Cyberbullying: its nature and impact in secondary school pupils". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 47, n. 4, p. 376-385.
38. -Vedia, Mariano de. (2008): La violencia en la Escuela. Seis de cada diez alumnos maltratan a un compañero. La Nación. Buenos Aires, 8 De Agosto. www.psicoadolescencia.com.ar/docs/maltrato2.pdf
39. Wolak, J. Mitchell, K.J., & Finkelhor, D. (2006): Online victimization of youth: 5 years later. Alexandria, VA: National Center for Missing & Exploited Children.
40. Ybarra, M.; Mitchell, K. (2004): "Youth engaging in online harassment: Associations with caregiver-child relationships, Internet use, and personal characteristics". *Journal of Adolescence*. Vol. 2, n. 3, p. 319-336



U.S. Office of Representative Democracy and Outreach Inc.

COMORBILIDAD EN PATOLOGÍA PREVALENTE

DRA. ANDREA ABADI

DRA. LAURA VIOLA

CONCEPTOS GENERALES

“Comorbilidad se define por la presencia de dos o más trastornos, de diferente etiología, en un mismo sujeto en momento dado”.

Hace ya 20 años⁽¹⁾, los datos epidemiológicos mostraban que la coocurrencia de 2 o más supuestos trastornos psiquiátricos independientes en niños, e incluso en adultos, superaba ampliamente la probabilidad estadística esperada para este fenómeno. Se plantearon distintas hipótesis, desde las características de los sistemas clasificatorios, hasta los sesgos epidemiológicos del tipo de encuestas o métodos de coleccionar los datos.

Esa “aparente Comorbilidad” puso el acento en consideraciones nosológicas, que tomaron en cuenta el uso de categorías en vez de dimensiones, más apropiadas éstas para el enfoque en psiquiatría pediátrica, al igual que la superposición de los criterios diagnósticos, la artificial subdivisión de los síndromes, el concepto del desarrollo donde un trastorno puede representar la manifestación precoz de otro trastorno o ser parte de otro⁽²⁾.

La Comorbilidad en la infancia suele ser más bien la regla más que la excepción en psiquiatría infantil, de hecho en la clínica suele ser tema de discusión entre los especialistas cuál es el diagnóstico principal y cuál es el comórbido.

Distintos estudios señalan una comorbilidad que varía entre 20% en Chile⁽³⁾ donde señalan la presencia de dos o más diagnósticos hasta 60% de acuerdo a las características de las muestras clínicas y el tipo de trastorno del que se trate y si se considera sólo la comorbilidad entre diagnósticos psiquiátricos,

o entre éstos y abuso de sustancia (comorbilidad dual) o con patología médica (multimorbilidad). Los estudios dan cuenta de la heterogeneidad de la etiopatogenia de los trastornos de la infancia.

No hay muchos estudios latinoamericanos.

Las poblaciones en Latinoamérica están conformadas por una amplia diversidad étnica, con gran polaridad socioeconómica y rezagos tecnológicos, lo que limita la obtención de resultados en investigación (Viola 2006) y expone a los países latinoamericanos a una aplicación inadecuada en recursos humanos y sanitarios. La ausencia de instrumentos validados en Latinoamérica, desdibuja las poblaciones objetivo haciendo más evidentes las discrepancias históricas entre las necesidades y los recursos.

Lamentablemente aun no hay suficiente datos como para conocer exactamente cuales son las Comorbilidades más prevalentes en cada cuadro principal, sólo el MTA en relación al TDAH ha desarrollado una investigación sobre los trastornos comórbidos más frecuentes en esa población. A nivel de Latinoamérica, algunos estudios se están desarrollando para conocer las Comorbilidades del TDAH en nuestra región, pero aún es necesario más tiempo para ver resultados más contundentes.

En general los estudios publicados excluyen los pacientes con cuadros comórbidos de los protocolos, esto dificulta aún más el conocimiento de la real magnitud de lo que uno ve cotidianamente en la clínica.

Pero saber si un cuadro presenta o no un trastorno comórbido resulta sumamente importante, ya que la concomitancia de 2 patologías cambia la evolución y la respuesta a los tratamientos. Tal vez la pregunta que un debería hacerse en muchas situaciones si son realmente 2 cuadros diferentes que coexisten en un niño, o si dentro de la espectro de un trastorno que involucra una determinada expresión conductual existen otras expresiones fenotípicas del mismo cuadro, pero posiblemente eso será en el futuro. Al día de hoy en función del DSM IV debemos ceñirnos a ciertos patrones para poder entre todos entender la misma patología, independientemente del contexto y el idioma.

DIFICULTADES DEL DESARROLLO

Bajo este cluster podemos incluir todos aquellos cuadros que presentan dificultades en el desarrollo, psicológicas, del sensorio o del lenguaje que se manifiestan entre el nacimiento y los 18 años de edad. Los cuadros que más comúnmente se encuentran acá son el *retraso mental (RM)* y *los trastornos generalizados del desarrollo (TGD)*.

Los niños con RM y TGD en general tienen altas tasa de cuadros comorbidos asociados. Inclusive estos 2 cuadros suelen aparecer comorbidos entre sí. Más del 75% de los niños con TGD tiene un nivel cognitivo compatible con algún nivel de retraso mental.

Ambos diagnósticos cuando existen son el diagnóstico principal en el momento de definir el cuadro, la comorbilidad en general es el diagnóstico asociado que requiere de tratamiento específico.

Un estudio realizado en 112 niños con diagnóstico de TGD ⁽⁴⁾, entre 10 -14 años, han sido evaluados y en un 70% de la población se encontró por lo menos un cuadro comorbido, y el 41% llegaron a tener 2 diagnósticos comorbidos. El diagnóstico comorbido más frecuentemente asociado es la ansiedad social: 29,2%, TDAH: 28,2%, trastorno oposicionista desafiante: 28,1%., ansiedad generalizada 13,4%; trastorno de pánico: 10,1%; enuresis 11%; depresión 0,9%; distimia 0,5% y trastorno de conducta 3,2%. Aquellos niños que presentaban TGD mas TDAH, en un 84% tenían un 2do diagnóstico comorbido.

La conducta disruptiva, “no acatar órdenes”, está más relacionada en estos niños en su dificultad para comprender reglas sociales que en un intento de oponerse al adulto.

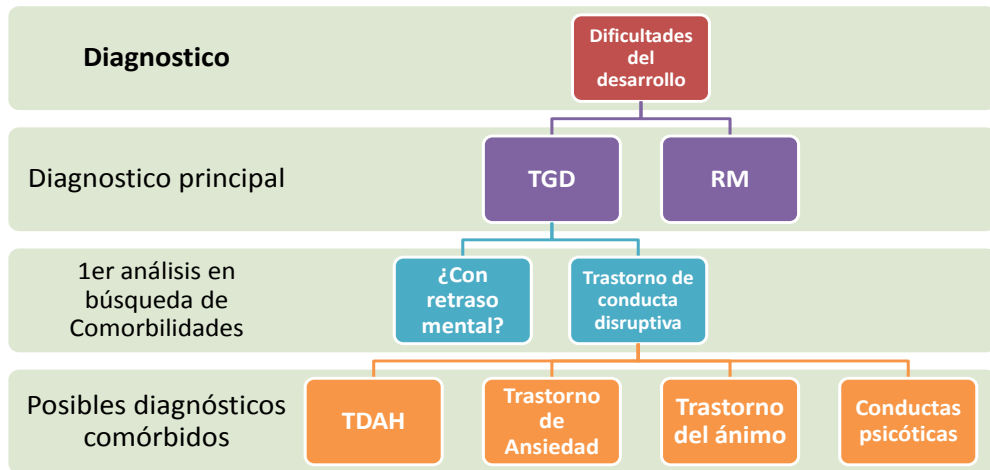
La agresión suele estar frecuentemente en niños con TGD, ya sea hacia otros o en forma de autoinjurias, lo cual llega a estar presente hasta en un 52% según algunos autores (Poustka y Lisch 1993).

Dentro del espectro del TGD, los niños con Síndrome de Asperger suelen tener alta prevalencia de trastornos depresivos.

Los pacientes con RM suelen presentar pica y rumiación, y su presencia es mayor a menor potencial cognitivo.

Los síntomas psicóticos suelen aparecer cuando los niños con retraso mental crecen, al igual que los niños con TGD, más que una comorbilidad se podrá decir que es parte de la evolución de muchos de estos pacientes al crecer.

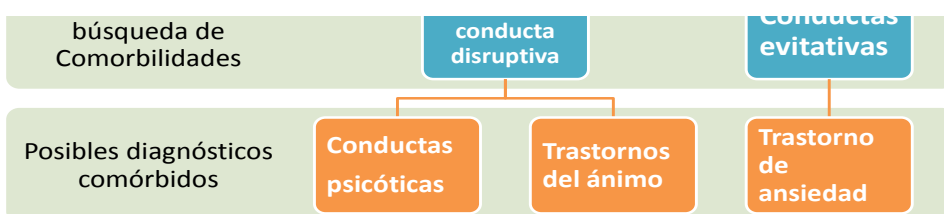
Árbol de decisión en relación a las dificultades del desarrollo
-1er paso



Árbol de decisión en relación a las dificultades del desarrollo-
2do paso



Luego de haber despejado los cuadros comórbidos del retraso mental pasamos a despejar las Comorbilidades del TGD.



COMORBILIDAD EN TDAH

El trastorno por déficit atencional es el trastorno del desarrollo más frecuente en los escolares. Este trastorno de inicio temprano se caracteriza por un patrón persistente de distractibilidad, hiperactividad e impulsividad, el cual perdura, con alta frecuencia, hasta la adultez. Su alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, bajos rendimientos académicos y su frecuente asociación en la evolución, sin tratamiento, con comportamientos antisociales y trastorno por abuso de sustancias, explica el impacto social que conlleva para la salud del individuo y para la salud pública^(5, 6).

En las últimas décadas se ha estudiado en profundidad el TDAH, y el MTA⁷, se ha encargado de despejar las diferentes formas de presentación del cuadro con sus Comorbilidades y la evolución a lo largo del tiempo^(7, 8). No obstante aún nos queda por terminar de entender cómo estos cuadros se modifican en su expresión o en sus Comorbilidades en relación a los distintos contextos socioculturales.

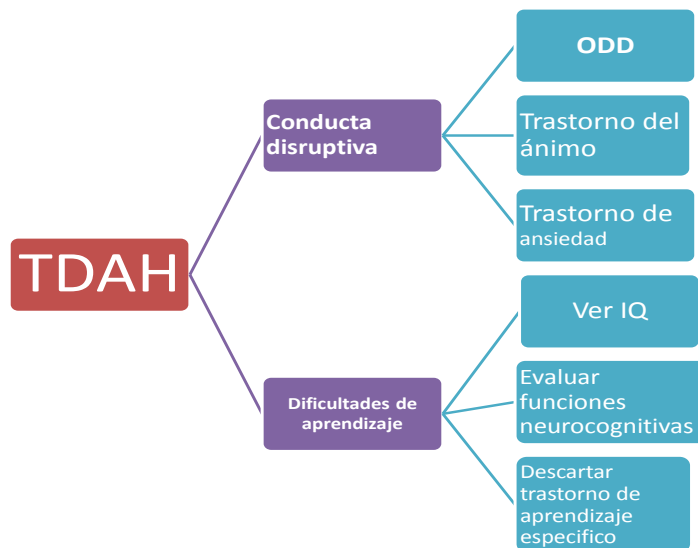
Es muy posible que la identificación de los cuadros comórbidos también esté condicionada por las miradas y las posibilidades del grupo que investiga, por ejemplo en un centro que cuenta con psicopedagogía de fácil acceso es posible que haga más diagnóstico de Comorbilidad con trastornos del aprendizaje en la población con TDAH, que un grupo donde esto sea parte de una derivación más compleja, estas situaciones nos hemos ido encontrando cuando a través de grupos de investigación en diferentes países de Latinoamérica, encontrábamos distintas prevalencias de cuadros comórbidos con el TDAH⁽⁹⁾.

En estudios epidemiológicos se estima que entre el 65-70% de los pacientes con TDAH sufren además otro cuadro comórbido⁽⁹⁾. Esto lleva a suponer que lo que llamaríamos TDAH puro es casi la excepción. Ulloa y cols, en México en una muestra escolar encontraron que las Comorbilidades por sujetos eran hasta un 5.19+/-2.13, Viola y cols.⁽¹⁰⁾ en Uruguay señalan que el 80% de los TDAH se acompañan de otro trastorno comórbido y que el 40% de más de un diagnóstico psiquiátrico coexiste predominando la Comorbilidad con trastorno negativista desafiante, y trastorno de conducta.

⁷ MTA: Collaborative Multimodal Treatment Study of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

De este cuadro se deduce que cuando uno hace un diagnóstico de TDAH por regla general debería buscar la Comorbilidad del trastorno negativista desafiante y del trastorno de aprendizaje dado que hasta un alto porcentaje repite hasta un año escolar.

	USA	Venezuela	México	Brasil	Uruguay	Argentina
TND	>50%	16.8%		41.8%	39%	38%
TC	8-25%	4%		81.8%	37.5%	
Depresión	17-75%		38%		36.5%	5.37%
Trast. Bipolar	16%			5.1%		3.22%
Ansiedad	8-30%	5.6%		17%	51%	15%
TOC						2.15%
Trast. Aprendizaje	20-60%	30%				20.43%
TICS	8-34%					4.3%
Dif. lenguaje		2.4%				2.3%

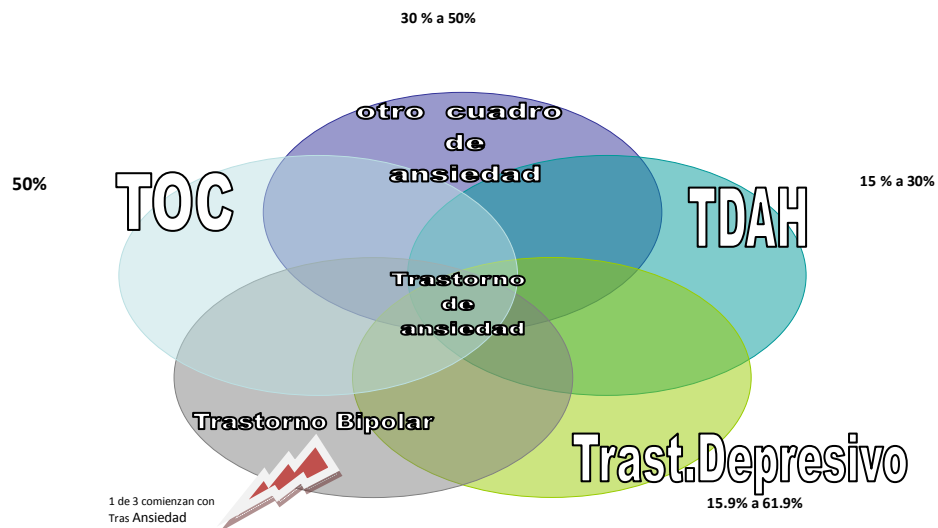


COMORBILIDAD DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad en la infancia son cuadro que se caracterizan por que se presentan de manera poco delineada ,es decir, es muy difícil que encontremos un trastorno de ansiedad de separación, y no haya otro cuadro de ansiedad de forma comórbida.

En este sentido, algunos autores afirman que este es un trastorno en el que la comorbilidad varía entre el 69% y el 92%, siendo por tanto la regla general más que la excepción⁽¹¹⁾.

Por tal motivo la evaluación de un niño que consulta por miedos o preocupaciones excesivas, debería incluir el despeje de la comorbilidad que seguramente está presente.



Lo más habitual es encontrar que un niño con trastorno de ansiedad seguramente tendrá otro cuadro de ansiedad comorbido. Esto es lo que genera dificultades en algunos profesionales para poder definir que tipo de trastorno de ansiedad presenta el niño. Los cuadros que se asociación muchas veces entre sí con el trastorno de ansiedad generalizada con el trastorno de ansiedad social, o el trastorno de ansiedad social con algunas características obsesivas que no llegan a delinear un TOC propiamente dicho.

Conjuntamente al trastorno de ansiedad, en especial en aquellos niños donde el cuadro lleva un tiempo de evolución, es frecuente encontrar un trastorno del ánimo de tipo depresivo asociado.

Estudios de Kendall, P⁽¹³⁾ han demostrado que entre el 15,9% al 61,9% de niños con trastorno de ansiedad también presentan indicadores de trastornos del ánimo depresivo.

Según estudios clínicos de J. Biederman (1992)⁽²⁰⁾ entre un 29-30% de niños con TDAH presentan comorbilidad con algún trastornos de ansiedad, pero si tomamos como cuadro principal al cuadro de ansiedad, solo un 15/30% presentan TDAH.

Es interesante hacer una salvedad ante la comorbilidad con el trastorno bipolar, cuando un niño desarrolla un trastorno de ansiedad a edades tempranas, es sabido que 1 de cada 3 casos evolucionara a un trastorno de tipo bipolar en el futuro, esto es por demás importante a la hora de definir las estrategias terapéuticas, teniendo especial cuidado en aquellos niños con familiares con diagnostico positivo para los trastornos del afecto.

Barbara Coffrey⁽¹²⁾ en un estudio donde evaluó un grupo de 190 jóvenes con diagnostico de Tourette. El análisis de esta población arrojó que los trastornos de ansiedad (no TOC), en general y el trastorno de ansiedad de separación en particular, son altamente comórbidos con el Trastorno de Tourette, y que su presencia coincidía con aquellos cuadros de con mayos severidad clínica.

CUADROS COMÓRBIDOS MÁS FRECUENTES CON EL TOC DE INICIO EN LA INFANCIA

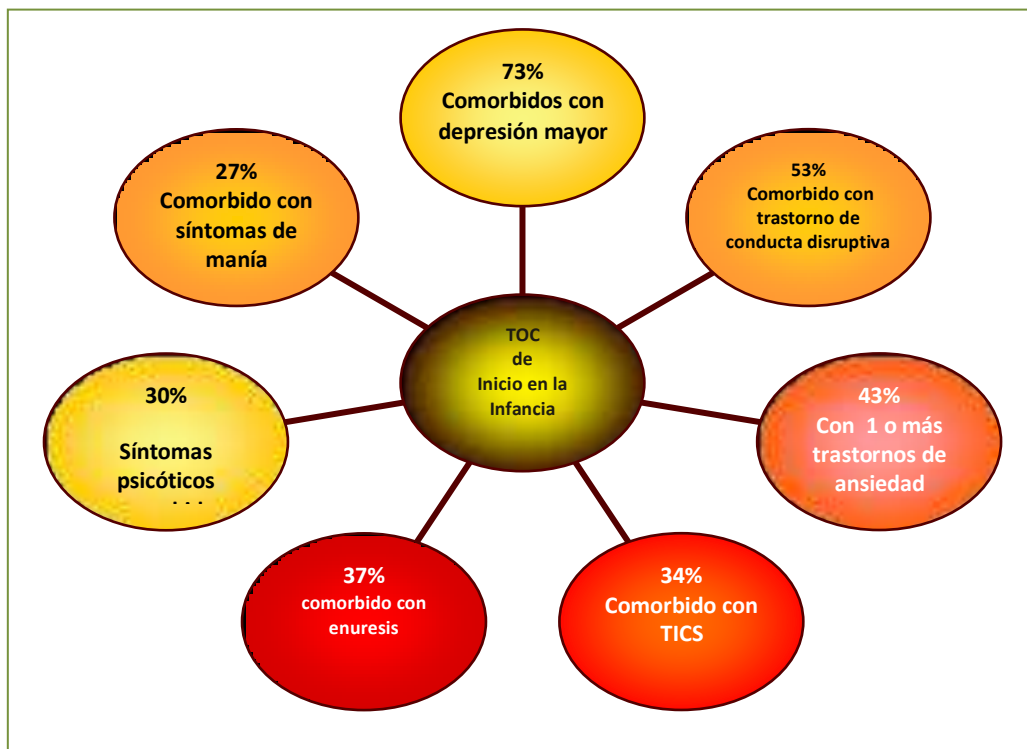
El TOC de inicio en la infancia muchas veces suele llegar a diagnosticarse a partir de la consulta de la familia por el cuadro comorbido mas que por los síntomas del TOC en sí mismo. Las familias suelen desarrollar una tolerancia y acostumbramiento asombroso hacia los síntomas propios de este cuadro.

La mayor comorbilidad que encontramos con el TOC es la aparición de un trastorno de ansiedad, esta situación suele ser comorbida con el TOC hasta en un 50 % de los niños .La fobia social, el trastorno de ansiedad de separación suelen ser altamente comórbidos.

Las tasas para los trastornos de la comórbidos específica varían enormemente de un estudio a estudio. Sin embargo, el orden de prevalencia de diagnóstico sigue siendo bastante consistente con los trastornos de ansiedad (por ejemplo, generalizado el trastorno de ansiedad, trastorno de ansiedad social; 26% - 75%) y los trastornos depresivos (por ejemplo, el trastorno depresivo; el 25% - 75%) siendo el diagnóstico comórbido más prevalente los trastornos del comportamiento disruptivos (por ejemplo, trastorno de déficit de atención con hiperactividad, trastorno de oposición desafiante; los 15% - 51%) y trastornos de la tic (por ejemplo, los tics, trastorno de Tourette; los 15% - 32%).

Dentro de TOC pediátrico, Geller y col (1996) ⁽¹⁴⁾ encontraron que los adolescentes sufren una tasa mucho mayor de depresión mayor que los niños (62% frente al 39% respectivamente), pero tuvieron tasas más bajas de trastorno de Tourette (9% frente al 25%). La tasa de ansiedad por separación también resultó ser alta en los adolescentes pero menos que en los niños más pequeños (35% frente al 56%).

Por lo tanto resulta necesario en el momento de evaluar un niño con conductas obsesivas despejar la existencia de otros cuadros comórbidos.



*Datos tomados de Geller, 1996⁽¹⁴⁾

CUADROS COMORBIDOS CON EL TRASTORNO BIPOLAR DE INICIO EN INFANCIA

Una de las cuestiones que más controversias ha tenido en los últimos años es como se presenta la bipolaridad en los niños, ya que habiendo una prevalencia de casi el 1% de enfermos adultos, se suponía que el cuadro en la infancia esta subdiagnosticado. Más allá de la dificultad que este cuadro presenta para ser diagnosticado en esa etapa de la vida, la realidad es que la presencia de un trastorno del afecto en la infancia se expresa comúnmente más por las características propias del oposicionismo y del trastorno de conducta que por la ciclación anímica o la aparición de momentos depresivos.

Sumado a esto los niños que se diagnostican dentro del espectro bipolar de inicio temprano, habitualmente tienen altas chances de tener un cuadro de TDAH comorbido, casi en un 75 % según estudios realizados en población clínica ⁽¹⁶⁾.

Esto nos lleva a de alguna manera a pensar que en la mayoría de los niños donde logramos identificar un trastorno del ánimo deberíamos buscar la comorbilidad con el TDAH para lograr una mejoría dentro del cuadro más satisfactoria.

Pero esto se complica cuando uno evalúa la conducta oposicionista desafiante, entre el 46-75% ^(17,18), de quienes padecen TB, presentan cuadros de oposicionismo en la conducta, y este suele ser el motivo de consulta que moviliza a los padres en la búsqueda de un diagnóstico.

Hacia la adolescencia suele ser muy frecuente la comorbilidad del cuadro con los Trastornos de conducta, entre 5,6 a 37% y hasta un 40% desarrolla abuso de sustancias ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Los trastornos de ansiedad suelen ser comorbidos hasta en un 56 % con el TB ⁽¹⁷⁾.

Harpold y col, ⁽¹⁹⁾ en un estudio clínico donde participaron 1397 niños entre 6 a 18 años, encontraron 297 con TB, y dentro de ese grupo identificaron 44% Trastorno de ansiedad social, 43% trastorno de ansiedad generalizada, 26% con fobia social, 15% con diagnostico de TOC, 14% con diagnostico de trastorno de pánico y 12% con trastorno por estrés post traumático.

Algunos estudios, plantean que la presencia de un trastorno de ansiedad aparece como un estadio previo a la aparición del trastorno bipolar en el futuro, es por ello que en la práctica suele decirse que 1 de cada 3 pacientes con trastorno de ansiedad de inicio en la infancia puede desarrollar posteriormente un TB, y si esto sucede no se explicaría directamente con el uso de medicación de tipo IRSS, sino que el fármaco habría desencadenado una susceptibilidad previa.

CONCLUSIONES FINALES

De todo lo antedicho queda claro la patología infanto-juvenil es en general una situación compleja de diagnosticar, y debería evaluarse al niño dentro de un contexto familiar y educacional para arribar al un diagnóstico certero que involucre todos los aspectos del sufrimiento del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry*1999 Jan; 40(1):57-87.
2. Caron C, Rutter M. Comorbidity in child psychopathology: concepts, issues and research strategies. *J Child Psychol Psychiatry*1991 Nov; 32(7):1063-80.
3. de la Barra F, TOLEDO V, J. R. Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente: IV: desordenes psiquiátricos, diagnóstico psicosocial y discapacidad. *Rev Chil neuro-psiquiatr*2004; 42(4):259-72.
4. Simonoff E, Pickles A, Charman T, Chandler S, Loucas T, Baird G. Psychiatric Disorders in Children With Autism Spectrum Disorders: Prevalence, Comorbidity, and Associated Factors in a Population-Derived Sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*2008; 47 (8):921-9.
5. Galera C, Melchior M, Bouvard MP. Childhood and adolescent hyperactivity-inattention symptoms and academic achievement 8 years later:

- the GAZEL Youth Study. *Psychological medicine*. [ORIGINAL]. 2009:1-12.
6. Spencer T. ADHD and comorbidity in Childhood. *J Clin Psychiatry*2006; 67(8):27-31.
 7. Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC, Lenora N, Newcorn JH, Abikoff HB, et al. ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*2001 Feb; 40(2):147-58.
 8. Swanson J, Arnold LE, Kraemer H, Hechtman L, Molina B, Hinshaw S, et al. Evidence, Interpretation, and Qualification From Multiple Reports of Long-Term Outcomes in the Multimodal Treatment Study of Children With ADHD (MTA): Part II: Supporting Details. *Journal of attention disorders*2008 Jul; 12(1):15-43.
 9. Ruiz M, Abadi A, Romano P, Zan F, Viola L. Comorbilidades en el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad. Diagnóstico y Tratamiento. Consenso Latinoamericano sobre el TDAH. México2007. p. 37-40.
 10. Viola L, Garrido G. Características epidemiológicas del trastorno por déficit atencional en los escolares uruguayos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. [Trabajo Original]. 2009; 73(2):157-68.
 11. Fehm L, Pelissolo A, Furmark T, Wittchen HU. Size and burden of social phobia in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*2005 Aug; 15(4):453-62.
 12. Coffey BJ - Anxiety disorders and tic severity in juveniles with Tourette's disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* - 01-MAY-2000; 39(5): 562-8
 13. Brady, Erika U.; Kendall, Philip C. Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*. Vol: 111(2), Mar 1992, 244-255
 14. Geller,D;Biederman,J;Griffin,S;Jones,J;Lefkowitz,T .Comorbidity of Juvenile Obsessive-Compulsive Disorder with Disruptive Behavior Disorders *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry* 35:12.1996:1637-1646
 15. Birmaher, Boris. *New Hope for Children and Teens with Bipolar Disorder*. 1st Ed. New York. Three Rivers Press; 2004

17. Pavuluri, M.; Birmaher, B; Naylor, M: Pediatric bipolar disorder: a review of the past 10 years. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*.2005;44(9):846-71
18. Axelson,D;Birmaher,B;Strober,M;Gill,M;y col. Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorder.*Arch Gen Psychiatry*.2006;63(10):1139-1148
19. Harpold,T;Wozniak,J;Know,A;y col. Examining the association between pediatric bipolar disorder and anxiety disorders in psychiatrically referred children and adolescents *Affect Disord*.2005,88(1):19-26
20. Wozniak J, Biederman J, Monteaux M, Richards J, and Faraone S, .Parsing the comorbidity between bipolar disorder and anxiety disorders: a family risk analysis. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2002; 12 (2):101-11

**EVOLUTIVIDAD PSICOPATOLÓGICA DE LOS
TRASTORNOS INFANTO JUVENILES HACIA LA
ADULTEZ**

DR. JORGE CASTRO MORALES

DR. HORACIO VARGAS MURGA

DRA. DIANA PAOLA CASTRO ROMERO

DRA. LUCÍA CRISTINA QUIROGA JIMÉNEZ

DR. ROBERTO CHASKEL

DEFINICIÓN

Los trastornos psicopatológicos de inicio temprano descritos por la OMS (CIE 10) son:

- Retraso Mental (Leve, Moderado, Grave y Profundo).
- Trastornos específicos del habla y el lenguaje.
- Trastornos específicos del aprendizaje escolar.
- Trastornos específicos del desarrollo psicomotor.
- Trastornos generalizados del desarrollo (Autismo, Síndrome de Rett, Síndrome de Asperger, Síndrome de Heller, Trastorno Hipercinético con Retraso Mental y movimientos estereotipados).
- Trastornos Hipercinéticos (Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad (TDAH), según el DSM IV TR).
- Trastornos Disociales (de Conducta, según el DSM IV TR).
- Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia (Trastorno de Ansiedad de Separación, de Ansiedad

Fóbica, de Hipersensibilidad Social, de rivalidad entre hermanos)⁸.

- Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia (Mutismo selectivo, Trastorno de vinculación)⁹.
- Trastornos por Tics (incluido el Síndrome de Gilles de la Tourette).
- Otros trastornos de inicio en la infancia y adolescencia (Enuresis, Encopresis, Trastornos alimentarios, Pica, Estereotipias, Tartamudeo, Farfullero)¹⁰.

En su revisión de la psicopatología de la adolescencia, Castro (1) señala, aparte de la persistencia de las patologías anteriormente mencionadas, la eclosión de otras, características de esta etapa de la vida y precursoras de comportamientos similares en la adultez temprana, tales como las dismorfofobias; las secuelas de comportamientos sexuales de riesgo, como el embarazo precoz o de enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA); los comportamientos disruptivos extremos, con daños irreversibles a la integridad física; la suicidalidad; el abuso de sustancias psicotrópicas; y los correlatos psicosociales de los trastornos de identidad, la desorientación vocacional, la violencia y el fanatismo, la marginalidad, el desempleo y la conducta delincinencial. A todos estos factores habría que sumar la incidencia y prevalencia de las psicosis mayores (esquizofrenias y trastornos bipolares con manifestaciones psicóticas); las variantes modernas de los trastornos en el comportamiento alimentario (además de la Anorexia y la Bulimia, la Vigorexia y la Ortorexia); las ludopatía y otras formas de adicción a la Internet; y los comportamientos extremadamente riesgosos de los *Sensation Seekers*.

La evolutividad de estos trastornos está signada por la naturaleza de los factores predisponentes, determinantes o desencadenantes involucrados, la raigambre biológica, psicológica o social de su etiología y la forma en que

⁸ No menciona el Trastorno Bipolar de inicio temprano.

⁹ No menciona trastornos disruptivos específicamente.

¹⁰ No se establece un puente entre los trastornos alimentarios de la infancia y los de la adolescencia.

los factores de riesgo y protección intervienen en su despliegue o interrupción/atenuación, por ejemplo, mediante métodos de intervención eficaces y eficientes.

Algunos de ellos tenderán a un curso favorable, cuando alguna de las variables enunciadas sean proclives a la remisión -a veces espontánea-, como en el caso en que desaparecieran los factores psicosociales predeterminantes (marginación, violencia intrafamiliar, conflictos en las relaciones interpersonales, superación de la ansiedad básica, trabajo de duelo adecuado), o cuando una intervención farmacológica oportuna permitiera la regulación de la atención, hiperquinesia o impulsividad, en el TDAH, si acaso.

En el otro extremo, determinados cuadros clínicos como el Retraso Mental (RM) y los trastornos generalizados del desarrollo tenderán a la cronicidad y las intervenciones terapéuticas estarán orientadas a adoptar las medidas psicosociales y psicopedagógicas más adecuadas a cada caso en particular, de tal forma que la educación inclusiva o especial estará destinada a las formas menos severas de RM; en tanto que las habilidades especiales de un caso de Síndrome de Asperger se beneficiarán mejor de los aportes de la teoría de la mente que otras formas de trastorno generalizado del desarrollo. Algo similar ocurre con el TDAH, gracias a los avances en el desarrollo del diagnóstico por neuroimágenes, que permiten diferenciar entre un déficit de la atención *per se*, distinto al TDAH tradicional, con un sustrato genético y anatómico distinto a este último, lo que determina una evolución y tratamiento distintos (2). En referencia al TDAH, Barkley (3) ha subrayado el hecho que los estudios que sustentan su nosografía se hayan hecho en niños, por lo que su curso clínico en la adolescencia y adultez debería apoyarse en estudios acordes a esos grupos etarios, para poder tener herramientas diagnósticas y terapéuticas válidas. Otro tanto -pero a la inversa- ocurre en el campo de los trastornos bipolares, los que siempre fueron estudiados desde una perspectiva adultocéntrica, dejando de lado sus manifestaciones de inicio temprano, lo que ha dado lugar a que no pocos de estos casos hayan sido tratados con psicoestimulantes para el TDAH, precipitándose iatrogénicamente casos de hipomanía o de cicladores

rápidos; o -lo que es igualmente ominoso- dejando de tratarse casos que hubieran podido beneficiarse de un estabilizador del ánimo.

Lo que nos lleva a la consideración de las dificultades diagnósticas en la psicopatología de la infancia y la adolescencia, la frecuente comorbilidad en esta etapa de la vida y los imponderables que entraña formular un pronóstico en la evolución de un caso determinado, sobre todo si se considera que la evolutividad del mismo está sujeta a las variables antes mencionadas, y a las cambiantes circunstancias vitales del sujeto. Por si esto fuera poco, debe tenerse presente la constatación basada en evidencias de que los fenómenos psíquicos infanto juveniles no se ajustan a una linealidad cartesiana, sino que evolucionan en el ámbito de una progresión helicoidal, que admite diferentes lecturas, según sea la perspectiva del observador (sea este el padre de familia, el maestro o el clínico), y que la causa a veces se convierte en efecto y éste en aquella, según Rutter (4).

EPIDEMIOLOGÍA

Los trastornos psicopatológicos que se inician en la infancia o la adolescencia, suelen debutar generalmente dentro de períodos considerados de alto riesgo (5). En la **TABLA 1**, se muestra un resumen de estos períodos mencionados.

TABLA 1: DESARROLLO DE LA PSICOPARROLOGÍA INTERVALOS QUE REPRESENTAN PERÍODOS DE ALTO RIESGO DE INICIO DE UN TRASTORNO PSICOPATOLÓGICO

TRASTORNO PSICOPATOLÓGICO	PERÍODOS DE ALTO RIESGO DE INICIO
Trastorno de vínculo reactivo	0 – 1 años de edad
Anorexia infantil	Primeros meses de vida hasta los 3 años de edad
Autismo infantil	1 – 3 años de edad
Trastorno oposicionista	3 – 5 años de edad
Fobia social	4 – 8 años de edad
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	3 – 7 años de edad
Trastorno obsesivo compulsivo	10 – 15 años de edad
Anorexia nerviosa y otros trastornos de la conducta alimentaria	12 – 18 años de edad
Inicio del incremento de suicidio en varones	12 – 19 años de edad
Esquizofrenia	16 – 35 años de edad
Trastorno bipolar	18 – 33 años de edad
Depresión	16 – 30 años de edad
Trastorno de pánico	18 – 30 años de edad
Alcoholismo en varones	20 – 40 años de edad
Alcoholismo en mujeres	22 – 43 años de edad

Los estudios epidemiológicos sobre trastornos psicopatológicos en la infancia o la adolescencia realizados en América Latina y el Caribe han sido escasos y poco comparables en cuanto a los instrumentos de medición, el rango de edades, la fuente de información (niño, adolescente, padre o maestro) y el período de referencia (6).

Desde el año 2000 se han identificado diversos estudios epidemiológicos en estas poblaciones, dos de ellos realizados en México (7, 8) y otros en Puerto Rico (9), Brasil (10), Chile (11) y Colombia (12). La mitad de los estudios fueron realizados en población escolar y la mayoría de los más recientes usaron instrumentos diagnósticos estructurados o semiestructurados que establecen diagnósticos basados en el DSM IV y su versión revisada (DSM IV TR). Se encontró que las prevalencias aumentaban a medida que aumentaba la edad en la muestra (cuando esta incluía a adolescentes). La prevalencia de cualquier trastorno actual varió de 12,7% a 15%, mientras que la prevalencia en los últimos 12 meses varió de 8,5% con un trastorno grave, a 39,5% con cualquier trastorno, entre ellos las fobias, que podrían

ser transitorias. Los grupos de trastornos más frecuentes fueron los de ansiedad y de conducta, además de exhibir las edades de inicio más tempranas. Las adolescentes tendían a presentar tasas mayores de depresión y ansiedad, mientras que los varones prepúberes tendían a presentar tasas mayores de TDAH que las niñas y tasas ligeramente mayores de trastorno disocial y opositor desafiante, aunque no de manera consistente. Estos estudios no incluyeron autismo, retraso mental, ni psicosis (13). En el Perú se han realizado, desde el 2002 hasta la fecha, diversos estudios epidemiológicos que han incluido a adolescentes. A diferencia de los estudios anteriormente citados, se utilizó la *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), un instrumento diagnóstico estructurado basado en la CIE 10. Se han publicado los resultados de los estudios realizados en Lima Metropolitana y Callao 2002 (14), Sierra Peruana 2003 (15), Selva Peruana 2004 (16), Fronteras 2005 (17) y Costa Peruana 2006 (18). Un resumen de estos resultados es presentado en el **TABLA 2**.

TABLA 2: PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN ADOLESCENTES SEGÚN LA CIE-10 EN REGIONES DEL PERÚ

TRASTORNOS CLÍNICOS	LIM A	SIERRA A	SELVA A	FRONTERAS	COSTA A
Trastornos psicóticos*	1,8 %	1,5 %	0,3 %	0,3 %	0,1 %
Episodio depresivo	8,6 %	5,7 %	4,7 %	4,2 %	4,4 %
Distimia	0,1 %	0,8 %	0,7 %	0,5 %	0,4 %
Fobia social	7,1 %	3,1 %	1,2 %	3,6 %	2,3 %
Trastorno de ansiedad generalizada**	4,2 %	5,5 %	5,0 %	3,9 %	1,9 %
Bulimia nerviosa	0,8 %	0,4 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %
Crisis bulímicas***	3,8 %	4,0 %	4,5 %	4,0 %	0,9 %
Anorexia nerviosa	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,3 %	0,2 %
Tendencia a problemas alimentarios****	8,3 %	5,9 %	5,1 %	6,9 %	5,4 %

* Los criterios del MINI no consideran los trastornos psicóticos a nivel de categorías diagnósticas, sino a nivel de síndromes. Se ha asumido como “positivo” la presencia de por lo menos 5 de los criterios descritos.

** Los criterios del trastorno de ansiedad generalizada fueron ajustados al exigirse que la persona explícitamente se sienta generalmente con preocupación y tensión. Se han utilizado los mismos criterios de investigación que los del adulto.

*** Conductas bulímicas se refiere a haber tenido por lo menos dos crisis bulímicas por semana en los últimos 3 meses.

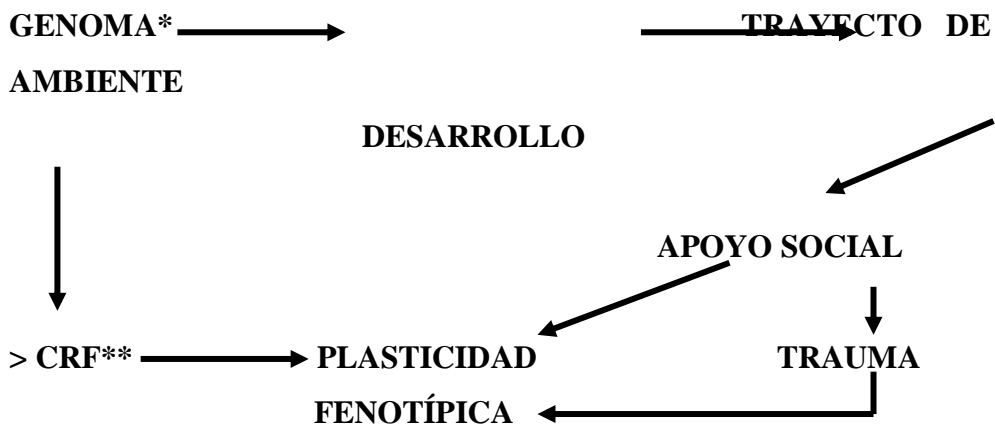
**** Se refiere a personas que con la finalidad de perder peso, se inducen el vómito, toman laxantes, realizan ejercicios excesivos por más de dos horas diarias, toman supresores del apetito o toman diurético

ETIOPATOGENIA

Los estudios seminales de Hubel (19) y Wiesel (20) ayudan a explicar, desde el punto de vista biológico, cómo la conectividad de la corteza visual del adulto depende en forma crítica del aporte sináptico temprano y la manera en que los estímulos visuales tienen que organizarse en columnas diferenciadas (derecha e izquierda) en la corteza visual, de forma tal que esta segregación progresiva de los estímulos de lugar a una plasticidad dependiente de la actividad y de que ésta se produzca en un período determinado de tiempo. Así, cuando las conexiones sinápticas no se conforman adecuadamente en la infancia (sea, p. ej., por cataratas uni o bilaterales) el niño no desarrollará la visión en uno o ambos ojos, según sea el caso. Pero si las cataratas aparecieran en la adultez, cuando las

conexiones visuales ya están consolidadas, la visión retornará después de la intervención quirúrgica respectiva. La metáfora es aplicable a la diferenciación y especialización (y eventual distorsión) de las funciones psíquicas, con el añadido que los factores ambientales pueden modificar las disposiciones genéticas (*el fenotipo modifica el genotipo*, según Changeux) y que los cuidados parentales *programan la actividad de los genes en el cerebro, cuya expresión regula el tipo de respuestas al estrés y conforman la base para las respuestas idiosincrásicas individuales en torno a la vulnerabilidad para enfermar*, de acuerdo a Meaney (21). Las figuras 1 y 2 muestran esquemáticamente esas interacciones y las respuestas del organismo en los planos psíquico y físico.

FIGURA 1 INTERACCIONES ENTRE FACTORES GENÉTICOS Y AMBIENTALES

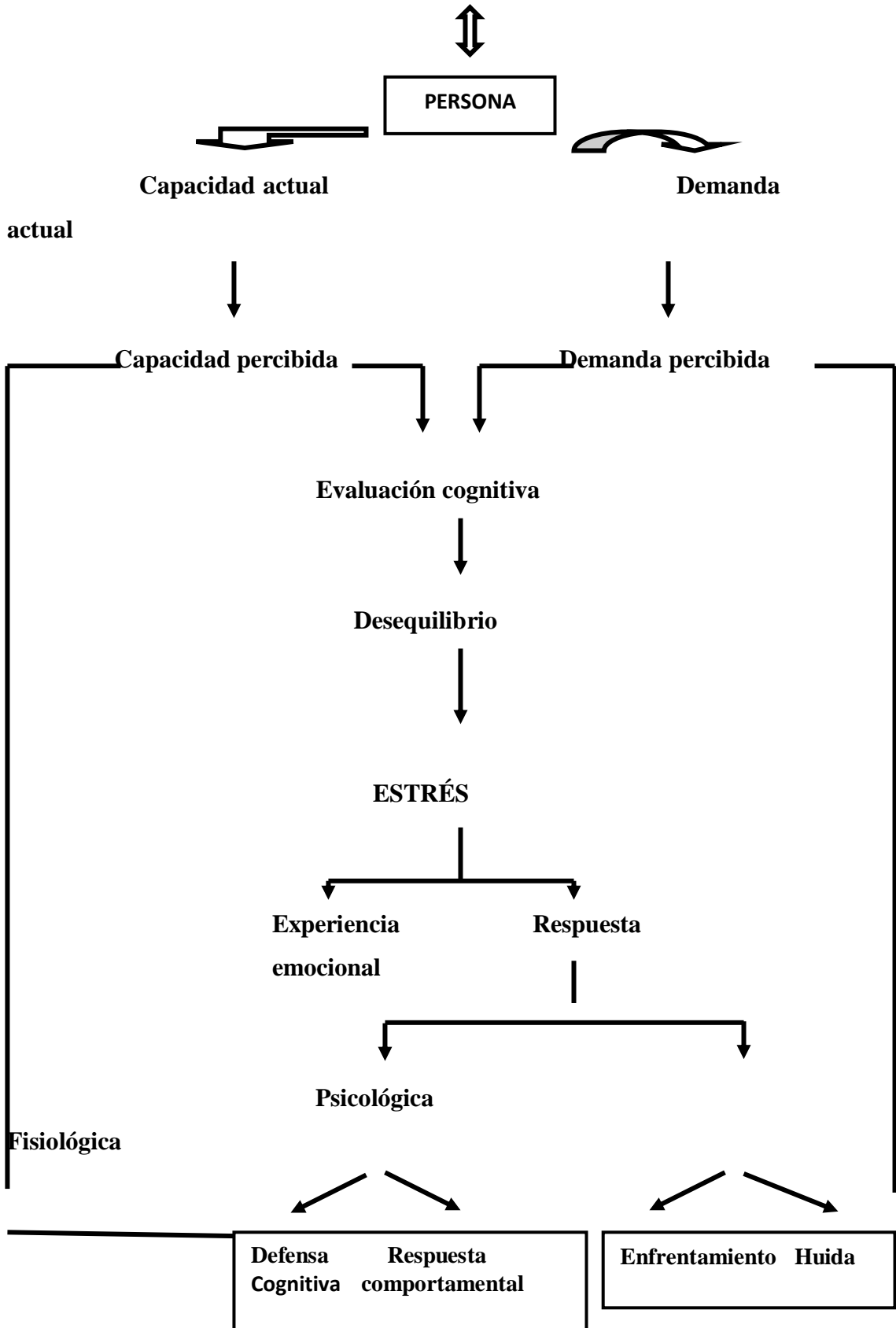


* Genes que actúan en los mediadores de la conducta, no en la conducta *per se*.

** Corticotrophic Releasing Factor.

FIGURA 2

NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES INDIVIDUALES, MACROSISTÉMICAS, MESOSISTÉMICAS, EXOSISTÉMICAS Y MACROSISTÉMICAS



Un viejo estudio escandinavo, citado por Castro (ob. cit.), señalaba que el mejor predictivo para la psicopatología del adulto estaba signado por la presencia de las entonces llamadas neurosis caracteriales en la niñez. El análisis de esos rasgos, erróneamente denominados de “carácter”, mostraba en cambio la prevalencia de los rasgos temperamentales (difíciles) en el continuo de eclosión sintomática diversa, y muchas veces comórbida, en esos niños y adolescentes que se adentraban en la adultez.

El otro factor predictivo de largo alcance está configurado por eventos vitales de suficiente intensidad, o por la acumulación de un número tal de eventos de pequeña y mediana intensidad que acabaran por ser abrumadores, como para interrumpir o perturbar severamente el ciclo vital de esos sujetos. Los estudios sobre vulnerabilidad, resiliencia, factores protectores y factores de riesgo tienden a confirmar, uno tras otro, esta afirmación (22, 23). En la tabla 3 se muestran, en forma diacrónica, algunos de los factores de riesgo y protección en la evolutividad de los trastornos psicopatológicos de la adolescencia a la adultez.

Desde esta perspectiva diacrónica, los aportes de Winnicott, Erikson, Piaget y Kohlberg tienden a explicar, a partir de su particular punto de vista, por ejemplo, fenómenos estrechamente ligados con la aparición de un espacio intermedio entre la incapacidad del bebe para reconocer y aceptar la realidad y su creciente capacidad para ello, en la perspectiva del primero de los citados. De acuerdo a Winnicott (24), es de esa zona intermedia entre la realidad psíquica y la realidad externa que emerge el “espacio transicional” que permite el despliegue de la creatividad y la proyección de lo que el niño va creando en su propio espacio interior, subjetivo. Luego sobrevendrá la etapa de individuación-separación, con un segundo acmé en la adolescencia y, coincidiendo con ésta, la búsqueda de una identidad a la que seguirá un estadio de fusión mediante la intimidad y el amor que superen el aislamiento (Erikson, 25).

Piaget (26) ilustra el decurso de la formación del pensamiento categorial subyacente a la racionalidad individualista occidental, por contraste con formas de pensamiento animistas/precategoriales que estarían en el centro de nuestros temores e invocaciones mágicas ante lo inexplicable (las distorsiones del pensamiento, la sinrazón) así como la incongruencia de

nuestras emociones (La alexitimia, el pánico, la melancolía, la ira). Finalmente, Kohlberg (27) apunta a una secuencialidad en el enriquecimiento en valor del pensamiento moral, que va desde la moral preconventional, se atrinchera durante la adolescencia en normas morales convencionales y busca ulteriormente una superación ética lindante con la utopía, mediante la aplicación cabal de los derechos humanos. Esta noble aspiración se tiene que confrontar con la realidad de un mundo globalizado, signado por la desigualdad y la desvinculación de los seres humanos.

TABLA 3: SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA. BASES EVOLUTIVAS

FACTORES PERSONALES	FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO
Constitución	Procesos regulatorios normales	Trastornos regulatorios Hiporreactivos/Hiperreactivos Buscador de estímulos
Temperamento	Fácil adaptación	Difícil adaptación
Expresión emocional	Satisfactoria	Restringida, cohibida
Visión del mundo	Optimista/Realista	Pesimista/Nihilista
Relaciones interpersonales	Satisfactorias	Insatisfactorias
Límites	Definidos y respetados	Indefinidos, invasivos
Antecedentes mórbidos	No relevantes	Retardo Mental Tr. Orgánico Cerebral Tr. del Desarrollo TDAH Abuso sexual Embarazo no deseado Enfermedades crónicas (diabetes, > TA, insuficiencia renal, neoplasia, VIH/SIDA)
Experiencias de vida	Integradas/Normativas	Disociadas/Traumáticas
Expectativas	Realistas	Utópicas/irrealizables
<i>Sistema familiar</i>	Funcional	Disfuncional
Clima familiar	Cálido, acogedor, cohesionado, coherente, empático, vital	Hostil, amenazante, rechazante, desvitalizado, promiscuo
Subsistema parental	Biparental	Monoparental. Carente
Actitud frente a los hijos	En alianza/Cálidos, acogedores	En conflicto/ Violencia doméstica/ Maltrato infantil Desautorizaciones recíprocas
Definición de límites	Claros	Difusos e inestables
Estado de salud	Salud mental satisfactoria Salud física satisfactoria	Alcoholismo/ otras adicciones, depresión, psicosis, enfermedad coronaria, cirrosis, enfermedad terminal
Subsistema parental-filial	Satisfactorio	Conflictivo
Vinculación temprana	Estable, segura, contenedora	Inestable, insegura, desligada, ansiógena
Subsistema conyugal	Estabilidad conyugal	Conflictiva conyugal, separación, reconstitución familiar
Subsistema fraterno	Solidario, aliado	Competitivo, desligado. Rivalidades, celos
<i>Sistema escolar</i> Rendimiento escolar/académico	Satisfactorio/continuidad. Oportunidades en pre y postgrado	Bajo rendimiento/repitencia. Deserción escolar. Carencia de educación superior
Relaciones interpersonales		
- Con profesores	Respeto recíproco	Autoritarias, sometedoras
- Con compañeros	Integrado al grupo	Excluido del grupo
<i>Sistema social</i> Recursos económicos	Satisfactorios	Extrema pobreza. Extrema riqueza. Trabajo precario. Desempleo
Integración	Inserción social	Exclusión. Discriminación
Redes de apoyo social	Existentes	Anomia. Aislamiento
Oportunidades	Diversas	Inequidad. Elitismo. Oportunidades insuficientes o inexistentes

Título original: Tabla 6-1 Salud Mental y Psicopatología

Tomado de: **Carlos Almonte**, *Características de la psicopatología infantil y de la adolescencia*. En: C. Almonte, M. E. Montt y A. Correa (editores), **Psicopatología Infantil y de la adolescencia**, editorial Mediterráneo, Avda. Eliodoro Yáñez 2541, Santiago de Chile, 2003 (reimpresión 2005). Capt. 6, p. 91. Modificado por Jorge Castro Morales.

PSICOPATOLOGÍA DE LA EVOLUTIVIDAD DESDE LA ADOLESCENCIA A LA ADULTEZ

El curso de la psicopatología adolescente hacia la adultez depende de factores intervinientes que, grosso modo, se pueden agrupar en protectores (resilientes) y de riesgo (discapacitantes). Pasamos a discutir sucintamente algunos de ellos.

● **Vulnerabilidad:** diversos autores han tratado de hacer un deslinde entre los conceptos de desadaptación y vulnerabilidad. Algunos (Reichteirs y Wein, citados por Grotberg (28), por ejemplo) afirman que el concepto de *desadaptado* en edades tempranas no es sinónimo de ser vulnerable a algún trastorno, sea este adquirido o heredado, ya que quienes establecen qué es y qué no es trastorno son los padres, los profesores o los eventuales entrevistadores del niño, en el entendido que el comportamiento observado representa un desvío del niño con relación al promedio (criterio estadístico de normalidad). Pero bien pudiera ser que se trate de un comportamiento adaptativo a las características de su familia en un momento determinado.

Otros investigadores (Radke, Yarrow y Schormau, también citados por Grotberg), señalan que hay dos aspectos a evaluar, dentro del concepto de vulnerabilidad:

- Lo primero es entender el concepto de vulnerabilidad como fenómeno perceptible, en el cual un cierto nivel de estrés da lugar a conductas desadaptativas.
- El segundo aspecto tiene que ver con los factores de riesgo y los factores protectores, acerca de los cuales nos ocuparemos más adelante.

● **Competencia:** los modelos que se basan en la competencia son lo contrario a aquellos basados en la enfermedad, pues en lugar de centrarse en la patología, tratan de explicar la naturaleza y las causas de los desarrollos exitosos. Se basan en la índole conductual de la vida psíquica y no enfatizan los procesos biológicos subyacentes, como lo hacen Sameroff y Seller (citados también por Grotberg).

Según Levav (Grotberg, ob. cit.) el *hardiness* es una característica de la personalidad llamada “resistente”, que en algunas personas actúa como

reforzadora de la resistencia al estrés. Se trata de una combinación de rasgos personales de tipo adaptativo, que incluyen el sentido de compromiso, del desafío y la oportunidad.

Se ha establecido que los niños y adolescentes en edad escolar que poseen el llamado factor A temperamental (*AWAMI*)¹¹ tienden a ser exitosos y que, más adelante, los adultos con rasgos resistentes muestran gran sentido de compromiso, fuerte sensación de control sobre los acontecimientos (*locus de control interno*) y están más dispuestas a aceptar los cambios en la vida, lo que les permite tolerar mejor los retos que ésta plantea; e interpretar las experiencias estresantes y dolorosas como una parte más de la existencia. Encuestas de alcance internacional demuestran que este rasgo de personalidad es el único que comparten personas exitosas en diversos ámbitos de la actividad humana (empresarios, profesores, artistas, profesionales de la salud, etc.). En tanto que, las personas no resistentes muestran carencias en el sentido de compromiso, locus de control externo y tendencia a considerar los cambios como algo negativo y no deseado.

Para Werner y Smith (29)¹², la competencia personal que permitió a un tercio de sus encuestados (todos criados en situaciones adversas), llegar a ser adultos exitosos, se basaba en su disposición temperamental, un padre (o adulto sustituto) que les brindaba una “base segura” en sus vínculos y la presencia de pares proactivos.

● **Factores de riesgo**

Según Grotberg (ob.cit.), los factores de riesgo son cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud. Aparecen como provocadores de problemas psicológicos y desajustes psicosociales, que determinan una interacción del individuo con el entorno desviada de lo normal.

Estos factores denotan un riesgo en los planos biológico, psicológico o social y se realimentan sistémicamente, para producir situaciones anómalas o francamente patológicas. Por ejemplo, en condiciones que amenazan la solidez y el desarrollo óptimo de los vínculos familiares, estarán

¹¹ **AWAMI**= Approach-Withdrawal/Adaptability/Mood/Intensity, rasgos descritos por Chess y Thomas.

¹² Progenitores de la noción de **resiliencia**, entendida como la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas.

representados por variables como la exposición al trauma, la clase social, la extensión y calidad de las redes sociales de apoyo o las pérdidas sufridas. Pero la interacción de variables de distinto origen, como se observa en el caso de los niños maltratados, puede alcanzar manifestaciones de una contundencia inobjetable. Por ejemplo, se ha establecido mediante investigaciones con grupo control, que los niños maltratados antes de la edad escolar, cuando acceden a ésta tienen tasas de Dopamina β hidroxilasa menores a los controles. La carencia de esta enzima impide el metabolismo normal de la Dopamina para su transformación en Noradrenalina, lo que configurara un precursor bioquímico para manifestaciones de desesperanza y eventual depresión en los niños que fueron maltratados. Nemeroff (30) sostiene por su parte que, luego de repetidas experiencias de maltrato infantil, se produce una reducción persistente de Oxitocina en el LCR y que la tasa de reducción de esta sustancia se correlaciona positivamente con el nivel de intensidad del maltrato y la incapacidad de los sujetos que la padecen para establecer relaciones vinculantes estables.

Rutter (31) establece la relación vincular entre ambiente e individuo en lo relacionado con factores de riesgo, al señalar que los mismos eventos afectan a las personas de diferentes maneras, dependiendo de la edad, sexo, cultura, capacidades cognitivas y estadio del desarrollo. Otro elemento que complementa lo señalado por Rutter, es el ~~papel~~ papel dinámico de la interacción individuo ambiente, en la que cada una de las partes juega un rol activo, como se puntualizara con el ejemplo de las consecuencias negativas del maltrato infantil. Es decir, el individuo no es un receptor pasivo de estímulos diversos, sino que va modelando -mediante su conducta-, su incidencia como factor de riesgo. Es en este proceso de modulación fenotípica que se entrecruzan los factores genéticos, neuroquímicos, inmunoendocrinos, psicológicos y sociales.

- ***Factores de protección***

Son aquellos que contribuyen a disminuir los factores de riesgo o atenuar su intensidad.

Grotberg (ob. cit.) afirma que son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, reducir los efectos de circunstancias desfavorables.

Rutter (ob. cit.) los considera como las influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona ante algún peligro que, en principio, predispondría a una respuesta no adaptativa. Este autor especifica tres aspectos constitutivos de la protección:

- 1) Un factor protector puede no ser un suceso agradable.
- 2) Los factores de protección, a diferencia de las experiencias positivas, incluyen un componente de interacción.
- 3) El factor de protección puede ser una característica o cualidad de la persona, y no una experiencia como tal.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La evolutividad psicopatológica de los trastornos infanto juveniles hacia la adultez, es compleja y variada. En ocasiones la continuidad será homotípica, y en otras heterotípica; es decir que a lo largo del desarrollo pueden modificarse las conductas sintomáticas aunque continúen representando los mismos procesos psicopatológicos (32). Para seguir el orden enunciado en la definición seguiremos las manifestaciones clínicas según su edad de aparición.

Dentro de los trastornos del neurodesarrollo se incluyen particularmente los trastornos específicos del desarrollo, los trastornos de aprendizaje, el retardo mental y el autismo, cuya característica común es la desviación o retardo en los aspectos maduracionales y hasta cierto punto cognitivos. Hoy por hoy el pronóstico de estos trastornos depende de la profundidad del retraso o de la desviación estándar, siendo evidente a través de estudios prospectivos la persistencia de la discapacidad hasta la vida adulta.

En el autismo los fenómenos de trastornos de la comunicación, trastornos de la comprensión social y fijaciones obsesivas y compulsivas conforman una triada fácilmente reconocible. Si bien se sugiere que el diagnóstico no se debe hacer antes de los 30 meses, los niños con autismo profundo son reconocidos a los 24 meses. La inclusión de éstos niños a la escuela y el uso de psicoterapias y medicaciones ayuda a la desaparición de síntomas de manera que muchos niños diagnosticados como síndrome de Asperger o Autismo de alto rendimiento, solo tienen mínimas discapacidades en la

infancia. Cuando el autismo se combina con retraso mental, o con retraso mental y epilepsia, el pronóstico cambia.

En el retraso mental (leve, moderado, severo, profundo) los síntomas de discapacidad cognitiva corren en los tres últimos hasta la vida adulta. Si el retraso mental es de un coeficiente intelectual (CI) entre 60-70 hay buenas probabilidades de que los síntomas y signos se resuelvan hasta tal punto que en la vida adulta el diagnóstico no sea evidente y sea difícil de lograr. Para los demás tipos de retardo mental el pronóstico dependerá en buena parte de la no aparición de otros trastornos co-mórbidos y del buen manejo terapéutico.

El trastorno del lenguaje ha mostrado que puede llevar a dos trastornos distintos, es decir a hacer un desarrollo heterotípico hacia los trastornos de socialización y los trastornos de aprendizaje. Es un trastorno que se presenta en su mayoría en varones. Estudios genéticos han mostrado que está relacionado con los trastornos en el padre de familia. Su pronóstico es mejor cuando por falta de lenguaje no se ven dificultades conductuales como las pataletas o la agresividad, o emocionales como la tristeza y la falta de apetito.

En los trastornos de aprendizaje cuyo reconocimiento se hace temprano en la escuela se perciben las dificultades en una de cuatro áreas: la motricidad particularmente la fina (disgrafía), en el cálculo (discalculia), en el reconocimiento, análisis y unión de las letras o palabras (dislexia) o en el aprendizaje de las reglas socialmente aceptadas para el idioma (disortografía). Esto conlleva con frecuencia a la pérdida de años escolares, desescolarización, sub-empleo, y en la vida adulta a dificultades económicas, maritales, familiares y en general sociales. El riesgo de pacientes con trastornos de aprendizaje de hacer trastornos emocionales o incursionar en el abuso de drogas es varias veces más alto que en el resto de la población. De ahí la necesidad de una intervención acertada.

El trastorno oposicional desafiante al igual que el anterior se enmarca dentro de los trastornos diádicos (madre-hijo). Su desarrollo hacia un trastorno de la conducta en la niñez y posteriormente en la adolescencia va a estar determinado por las dificultades y el éxito en el manejo terapéutico. Frecuentemente la génesis de este trastorno va a estar dado por la disfunción

de pareja. El riesgo de un desarrollo hacia los abusos de sustancias es grande si se considera que puede eventualmente desencadenar en la delincuencia (33).

Los trastornos sociales de la época escolar independientemente si son solitarios o son socializados tienen significación en muchas áreas distintas. Un diagnóstico diferencial obligado es la depresión infantil, y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) con componente alto disruptivo. Los trastornos frecuentemente viran homotípicamente hacia un trastorno delincencial y de abuso de sustancias con desescolarización parcial o total. Su curso en la vida adulta puede ser similar al de los trastornos del aprendizaje con subempleo, dificultades sociales, maritales, y familiares.

Los Trastornos de la Atención e Hiperactividad con su triada de alteración en la motricidad, en la concentración y en la impulsividad, son trastornos clínicamente diagnosticables desde temprano en la vida. Las intervenciones llevan a conformar un mejor pronóstico, sin embargo lo empeora la presencia de las 2 comorbilidades más frecuentes, a saber, los trastornos del aprendizaje y de la conducta. El pronóstico del 60% es bueno y se resuelve en la vida adolescente, sin embargo el 40% progresan a la vida adulta. El pronóstico para el tipo atencional es mejor que para los otros dos tipos.

La esquizofrenia de inicio temprano, lamentablemente, a pesar de los nuevos medicamentos tiene aún un mal pronóstico ya que lleva consigo dificultades en la socialización y en el aprendizaje. Los efectos secundarios de la medicación afectan la educación y la memorización, así como la espontaneidad. El aumento de peso y alteraciones hormonales pueden conducir al rechazo social lo cual puede aumentar o desencadenar ideas de carácter paranoide. Para las familias esta es una enfermedad catastrófica. Igualmente para la sociedad. El pronóstico y el curso homotípico a la vida adulta son reservados.

Los trastornos de la ansiedad de separación normalmente no tienen presencia de esta manera en la vida adulta. Su pronóstico es excelente siempre y cuando se intervenga adecuadamente. Cuando no es así, puede conducir a dificultades en la escolarización, con retraso en el aprendizaje y

la socialización. Se ha correlacionado en la vida adulta con otros trastornos de la ansiedad.

La depresión infantil, cada vez más frecuente en nuestro medio muestra sintomatología distinta dependiendo del grupo de edad del niño. Más síntomas de orden motriz temprano en la vida, más síntomas cognitivos como la minusvalía más adelante en la vida, y síntomas somáticos durante todo el tiempo. Es característica la presencia en la infancia temprana de dolores abdominales, y más adelante de miembros inferiores o cefaleas. Aunque la expresión de ideación suicida puede darse desde los 5 años de edad, es más frecuente a partir de los 11 años. Con la depresión vienen las dificultades de socialización y escolares que implican la necesidad de pronta intervención. Muchos estudios muestran la recurrencia de depresiones infantiles y adolescentes en la vida adulta. La comorbilidad con trastornos de la conducta en varones, y trastornos de la alimentación en mujeres es frecuente(34).

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es de inicio frecuentemente en la adolescencia o niñez tardía. Entre más exitosa la intervención menos probabilidades hay de que corra hasta la vida adulta. La mayoría de adultos con TOC remontan el inicio de su trastorno a la adolescencia (35).

Los trastornos de ansiedad generalizada y las fobias particulares puede comenzar en la vida infantil y entre más temprano comienzan, peor es su pronóstico. La sintomatología es por lo demás muy similar a la del adulto y el pronóstico con adecuada intervención es excelente(36; 37).

Los trastornos de la alimentación (TDA) previamente se consideraban de la etapa adolescente, pero cada vez hay más preadolescentes que comienzan con síntomas propios de los TDA. Su pronóstico corre de la mano de la aparición de sintomatología depresiva e ideación suicida. Aunque ésta no aparezca, los estudios recientes muestran la evolución hacia la ortorexia. El diagnóstico diferencial con la somatomorfofobia u otros trastornos de la esfera somática es obligatoria. Entre más comorbilidades existan, mayor es la probabilidad de que el trastorno esté presente en la vida adulta. Varios estudios de población muestran que dificultades de la alimentación en la infancia no predicen dificultades en la adolescencia, mas las de la adolescencia sí lo hacen en la adultez joven (38; 39).

El abuso de sustancias psicoactivas asociado a inicio en la etapa de adolescencia, pero cada vez de inicio más temprano, implica alteraciones a nivel comportamental, afectivo y cognitivo secundarios tanto a la intoxicación como al abuso de estas sustancias. Es frecuente observar hiperactividad, agitación, desinhibición, somnolencia o hipervigilancia, así como alteraciones en la concentración, atención, sensopercepción y pensamiento, con cambios de ánimo que van desde depresión hasta euforia. Síntomas que enmascaran la presencia de comorbilidades que abarcan el espectro sintomático descrito previamente, y que generan dificultades no solo a nivel diagnóstico sino también de tipo terapéutico; y que conllevan deterioro en el funcionamiento académico y psicosocial, conflictos familiares, interpersonales y aumento de la deserción escolar (40).

El curso de los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas es variable, con disminución o suspensión de su uso en etapas tardías de la adolescencia o adultez joven, situación en la que influye la existencia de factores de riesgo perpetuadores de dicha conducta al igual que la existencia de psicopatología subyacente como trastornos de conducta disruptivos, trastornos de ansiedad o afectivos, cuya participación no solo implica el mantenimiento de la conducta sino que puede estar asociado con el inicio en el uso de sustancias psicoactivas. Evidentemente el inicio temprano tiene peor pronóstico que el inicio tardío. Frente a esto se suma la presencia de conductas disruptivas y delincuencia que como se señaló anteriormente es de pésimo pronóstico hacia la vida adulta, tanto más, cuando es no socializada (41).

Actualmente los trastornos del espectro bipolar de inicio temprano han recibido una mayor atención, los estudios han mostrado un alto grado de heredabilidad de padres a niños y el recorrido a la vida adulta, se ha encontrado que el riesgo de trastorno bipolar (15-42%) en parientes de primer grado de niños con trastorno bipolar es consistentemente mayor que el 8.7% estimado de riesgo de recurrencia de trastorno bipolar en parientes de primer grado de casos de trastorno bipolar en los adultos (42; 43).

Este interés por el trastorno bipolar en la infancia, ha traído consigo un incremento en las tasas de diagnóstico, la ausencia de criterios diagnósticos específicos para la población infantil y de adolescentes, ha llevado a la

adaptación de los criterios diagnósticos del adulto, sin considerar el impacto que tiene en la presentación de los síntomas y en el curso de la enfermedad el nivel de desarrollo del niño. El cambio permanente y rápido de los síntomas de esta enfermedad en niños y adolescentes desde etapas tempranas y cruciales de su vida, les priva de la oportunidad para el normal desarrollo emocional, cognitivo y social (44).

Los niños y adolescentes con trastornos del espectro bipolar, experimentan cambios frecuentes en la presentación, intensidad y duración de la sintomatología (45), lo cual difiere de los criterios diagnósticos establecidos en el DSMIV, por lo que no hay un cuadro clínico definido.

Las consecuencias de abuso sexual en la infancia parecen tener un plethora de consecuencias en la vida adulta, como dificultades en la vida sexual, marital y familiar. Estimar la prevalencia de abuso en la población difiere ampliamente debido en parte al uso de varias definiciones, a la metodología de medición del mismo y la no notificación por parte de la víctima o su familia (46).

Se ha documentado ampliamente que la historia de abuso sexual es una experiencia cada vez más común y se encuentra asociada con un incremento importante en el riesgo de desarrollar un trastorno psiquiátrico; los niños que son víctimas de abuso sexual presentan diversos síntomas emocionales y conductuales, los cuales pueden variar de acuerdo a la edad de inicio del abuso (46-49).

En revisiones sistemáticas realizadas han reportado una relación entre abuso sexual y trastornos de ansiedad, depresión, trastornos de la alimentación, trastorno de estrés post-traumático, trastornos del sueño e intentos de suicidio (50).

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) en la infancia varía en su presentación sintomática respecto a las experiencias disociativas, cuya frecuencia suele ser mayor en los adultos. Las dificultades en la separación de los padres, alteraciones en el patrón de sueño con presencia de pesadillas y temor a la oscuridad, irritabilidad y mayor alertamiento frente al peligro potencial del ambiente, son característicos en este grupo de edad. El TEPT en la infancia requiere de resolución, pues al igual que en el adulto, los síntomas han demostrado evolución hacia la cronicidad superponiéndose

con toda clase de comorbilidades donde la depresión se considera particularmente riesgosa, demostrando así los efectos severos y duraderos que puede tener la exposición a un evento traumático (51-54).

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

La prevalencia de patología psiquiátrica en la infancia se encuentra situada en torno al 10-15% (55). La detección precoz de dichos problemas permite mejorar el pronóstico y disminuir la morbilidad.

Los sistemas de clasificación de psicopatología ejercen una profunda influencia en la evaluación y tratamiento de los trastornos psiquiátricos, sin embargo en el caso de la infancia y adolescencia estos sistemas clasificatorios son insuficientes.

Para la evaluación de cualquiera de los cuadros anteriores se requiere un enfoque global, es decir, se tiene en cuenta no solo la valoración física y psicológica del niño, sino también de los padres, otros miembros de la familia importantes en el proceso y el entorno en el cual se desenvuelve el niño.

La entrevista inicial, es considerada la mejor herramienta diagnóstica, ya que proporciona una visión real de las señales y síntomas de los trastornos psiquiátricos, así como las fortalezas y debilidades del paciente y de su red de apoyo; asociado a esta entrevista inicial, la realización de un examen físico, entrevista a los padres, apreciación de la escuela y evaluación de su entorno, proporcionan información importante para la elaboración de una impresión diagnóstica e iniciar una intervención terapéutica óptima.

La entrevista familiar proporciona las características interpersonales e interaccionales de la familia y sus contribuciones a la psicopatología del niño, además se establecen las fortalezas del grupo familiar que en determinado momento jugarán un papel importante en el proceso psicoterapéutico.

Las escalas utilizadas con diferentes objetivos diagnósticos y/o terapéuticos, ofrecen un mejor conocimiento de las dificultades del menor, las cuantifica de manera que se comprenden fácilmente, sin embargo no pueden establecerse como herramienta diagnóstica única, hace parte de la evaluación global de la que hablamos inicialmente.

Las pruebas psicológicas y neuropsicológicas son elementos que sirven como apoyo para la elaboración de un diagnóstico y un plan terapéutico, así como punto de inicio en el proceso de intervención terapéutica y su progreso.

TRATAMIENTO

La psicopatología infantil abarca los signos y los síntomas de los trastornos mentales a través del ciclo temprano de la vida. La evidencia nos muestra que existen continuidades y discontinuidades en el desarrollo de la psicopatología. Esto nos obliga a mirar con cuidado el momento de la intervención con el propósito de resolver el problema o de evitar su recurrencia.

Existen diferentes caminos operacionales para intervenir sobre éstos desórdenes. Uno de ellos es el de atacar los factores causales, por ejemplo, conocemos de la literatura latinoamericana que el abuso de sustancias generalmente nace con el uso de sustancias recreacionales, experimentales que llevan al individuo a un nivel de dependencia o consecuencias físicas adversas. La influencia de la comunidad en términos de tolerancia, disponibilidad de la sustancia, pueden ser los focos a atacar. O puede ser el foco el padre de familia que también abusa o la escuela que tiene una cantidad de adolescentes abusadores. El modelo de intervención puede por lo tanto ser social, como está arriba anotado, o psicológico si se decide incluir una psicoterapia individual o de familia, o biológico si se decide por la inclusión de medicamentos.

En cualquier caso en psiquiatría infantil las medidas preventivas se convierten en un objetivo tan importante, como las curativas.

En el caso de la esquizofrenia, como hemos visto antes, está precedida frecuentemente con dificultades en la adolescencia particularmente de socialización y de aprendizaje. Si, por ejemplo, en un niño a riesgo existiera además la oportunidad de utilizar cannabis la probabilidad de disparar una esquizofrenia se aumentaría. Los síntomas psicóticos tempranos, que no necesariamente implican el desarrollo de un trastorno esquizofrénico, sí se van consolidando a través del ciclo vital, pueden conformar el síndrome temprano en la vida adulta. Hay una discusión importante sobre si se deben

tratar o no los síntomas prodrómicos de esquizofrenia con el uso de medicaciones neurolépticas de última generación arriesgando por los efectos negativos de los productos. Todo parece indicar que la intervención se debe restringir a los individuos con historia de esquizofrenia en la familia o claro deterioro social o escolar.

Los hallazgos más recientes en estudios de trastornos de la atención e hiperactividad en la vida de adultos muestran resultados dispares. Todo parece indicar que el adulto con TDAH ha sido un niño y un adolescente con TDAH. La intervención en niños incluye la triada de intervención psico-social (psicoterapia individual y familiar), intervención biológica (medicación) e intervención psico-educativa (maestros, salón de clase, apoyo escolar), con datos que muestran que 60% de los niños no llegan a la vida adulta con TDAH.

En el autismo está claramente señalado que el pronóstico es mucho mejor si el CI está dentro de límites normales. Un CI bajo determina discapacidad permanente y por lo tanto intervención de los entes sociales para aminorar la carga del individuo en la sociedad. Aquí también están llamadas las intervenciones sociales, biológicas, educativas en sincronidad para lograr una mejor adaptación del individuo a la sociedad. Lo anterior también es válido para los diferentes tipos de retraso mental (56).

En el caso de los trastornos de aprendizaje, particularmente la dislexia, la intervención más importante estará determinada por el centro educativo. Tiene peor pronóstico la dislexia que la disgrafia, la disortografía, o la discalculia. Si el tener un trastorno de aprendizaje afecta la autoestima, el apoyo emocional será absolutamente necesario. Importantísimo es adecuar la escuela o colegio regular a las necesidades del niño. Para esto hay que sensibilizar a la comunidad, a los maestros y a las directivas de las instituciones.

La intervención temprana en los trastornos del desarrollo como los trastornos del lenguaje y la motricidad le evitan al niño el retraso en su ingreso al colegio y las probables dificultades de aprendizaje. En este sentido es importante que pediatras reconozcan las dificultades del desarrollo y que los obstetras y las parteras se vuelvan más sensibles a

conocer cómo las dificultades perinatales pueden generar dificultades en el desarrollo.

Tradicionalmente, se ha buscado, para los trastornos depresivos el alivio de los síntomas para evitar entre otras la ideación suicida y los intentos de suicidio y para reintegrar al niño o adolescente a su diario vivir. Hasta hace poco las intervenciones de un episodio depresivo estaban particularmente centradas en la psicoterapia. Cada vez hay más evidencia de que los nuevos productos anti-depresivos (SSRI y SSRINA) son útiles y se deben mantener por periodos de tiempo similares a los de los adultos. Existen muy pocos estudios controlados sobre psicofarmacología, pero muchos que muestran que la recurrencia de depresión es grande y el sufrimiento de los niños equivalente lo cual se ve puede llevarse hasta la vida adulta.

El enfoque para el tratamiento de los trastornos de conducta es todo un desafío, tanto por la complejidad del diagnóstico como por la multitud de factores involucrados en su causalidad, lo cual implica la estructuración de un tratamiento multidimensional donde se incluyen psicoterapia individual y familiar, asociado con el uso de psicofármacos entre los cuales los anticonvulsivantes, como el ácido valproico, y moduladores del ánimo, como el litio, han demostrado mejores resultados para el control de impulsividad y agresividad. Así mismo, ante la presencia de trastornos comórbidos el tratamiento farmacológico empieza a ser indispensable (33).

La evaluación de casos de abuso sexual infantil requiere de un equipo multidisciplinario con experticia en el tema, quienes se apoyaran en el material disponible con evidencia clínica, para realizar un diagnóstico y manejo efectivo del niño abusado, quien requiere una evaluación completa de su estado de salud tanto físico como mental (46). Mejorando el reconocimiento de la relación entre una historia de abuso sexual y los trastornos de la salud mental podría incrementarse la identificación de los sobrevivientes del abuso que llevarían a mejorar el tratamiento y la respuesta al mismo.

RESUMEN

En este capítulo se ha revisado a la luz de las ciencias biológicas y sociales, y del conocimiento actual de la psiquiatría una visión longitudinal a través

del ciclo vital de los cuadros psiquiátricos infantiles. Se ha señalado que muchos trastornos del adulto tienen su origen tempranamente en el desarrollo y que las séquelas de trastornos psiquiátricos infantiles pueden persistir a lo largo de la vida. Si bien en los albores del siglo XXI el conocimiento sobre la etiología aún no es vasto, se han subrayado las conexiones entre lo biológico, lo psicológico y lo social.

Se han revisado los trastornos muy tempranos del neuro-desarrollo tales como el retraso mental, el autismo, los trastornos de lenguaje, el trastorno atencional y los trastornos de aprendizaje. También se han revisado los trastornos tempranos de la niñez como el trastorno de ansiedad de separación, el trastorno oposicional desafiante y las fobias específicas. Igualmente se han revisado los trastornos de comienzo en la pubertad y en la adolescencia, como los trastornos de ansiedad, los trastornos de alimentación, la esquizofrenia y las depresiones. Adicionalmente se han revisado problemas que emergen en ésta época, como ciertos trastornos delincuenciales de la conducta y el uso y abuso de sustancias.

Se ha hecho una cuidadosa revisión del estado presente de la epidemiología y de la etiopatología, recordando que algunos trastornos tienen continuidad homotípica a través del tiempo, mientras que otros son heterotípicos. Se han discutido los fenómenos de estabilidad y cambio, continuidad y discontinuidad, así como vulnerabilidad y resiliencia. Finalmente se ha hecho un análisis de las oportunidades terapéuticas para los niños en Latinoamérica, enfatizando la obligatoriedad de la comunicación entre el personal, los entes institucionales, la comunidad y las autoridades que definen la política.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Castro J. Crecimiento y Desarrollo (Crisis, etapas y variantes de la normalidad). In: Castro J, editor. Niñas, niños y adolescentes: Exclusión y desarrollo psicosocial. Lima: IFEJANT; 2001. p. 347.
- (2) Diamond A. Attention-deficit disorder (attention-deficit/hyperactivity disorder without hyperactivity): a neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity). *Dev Psychopathol* 2005;17(3):807-25.
- (3) Barkley R. Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de la atención con hiperactividad: qué puede pasar en el futuro con respecto al DSM-V. *Rev Neurol* 2009;48 Supl 2:S101-S106.
- (4) Rutter M. Environmentally mediated risks for psychopathology: research strategies and findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005 Jan;44(1):3-18.
- (5) Mrazek D. A Psychiatric Perspective on Human Development. In: Tassman A, Kay J, Lieberman J, editors. *Psychiatry*. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1997. p. 72.
- (6) Benjet C. La salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe. In: Organización Panamericana de la salud (OPS), editor. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington D.C.: 2009. p. 234.
- (7) Caraveo-Anduaga JJ. Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: algoritmos para síndromes y su prevalencia en la ciudad de México. *Salud Mental* 2007;30(1):48-55.
- (8) Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Guilar-Gaxiola S. Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *J Child Psychol Psychiatry* 2009 Apr;50(4):386-95.
- (9) Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramirez R, et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in

Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Arch Gen Psychiatry* 2004 Jan;61(1):85-93.

- (10) Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004 Jun;43(6):727-34.
- (11) Haquín C, Larraguibel M, Cabezas J. Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Rev Chil Pediatr* 2004;75(5):425-33.
- (12) Pérez-Olmos I, Fernández-Piñeres PE, Rodado-Fuentes S. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático por la guerra, en niños de Cundinamarca, Colombia. *Revista de Salud Publica* 2005;7(3):268-80.
- (13) Benjet C. La salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe. In: Organización Panamericana de la salud (OPS), editor. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington D.C.: 2009. p. 235.
- (14) Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002. *Anales de Salud Mental* 2002;XVIII(1-2):1-197.
- (15) Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio epidemiológico de salud mental en la sierra peruana 2003. *Anales de Salud Mental* 2003;XIX(1-2):1-216.
- (16) Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio epidemiológico de salud mental en la selva peruana 2004. *Anales de Salud Mental* 2005;XXI(1-2):1-212.
- (17) Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio epidemiológico de salud mental en fronteras 2005. *Anales de Salud Mental* 2006;XXII(1-2):1-227.
- (18) Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio epidemiológico de salud mental en la costa peruana 2006. *Anales de Salud Mental* 2007;XXIII(1-2):1-226.
- (19) Hubel DH. *Eye, Brain and Vision*. Scientific American Library, distributed by W.H. Freedman ed. New York: 1988.

- (20) Wiesel TN. Postnatal development of the visual cortex and the influence of environment. *Nature* 1982 Oct 14;299(5884):583-91.
- (21) Meaney MJ. Epigenetic programming of Gene expression and function via maternal care. Symposium 01: Epigenetic Mechanism of Depression and Antidepressant Action.: American Psychiatric Association Meeting; 2008.
- (22) Ladd CO, Huot RL, Thirivikraman KV, Nemeroff CB, Meaney MJ, Plotsky PM. Long-term behavioral and neuroendocrine adaptations to adverse early experience. *Prog Brain Res* 2000;122:81-103.
- (23) Castro J. Resiliencia en niños y adolescentes. In: Castro J, editor. *Psiquiatría de Niños y Adolescentes*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2008.
- (24) Winnicott D. Realidad y Juego. www.scribd.com/doc/7101772/Donald-Winnicott-Realidad-y-Juego Consultada el 07-07-10 2010
- (25) Erikson E. *Childhood and Society*. 2nd ed. New York: Norton; 1963.
- (26) Piaget J. *Psicología de la inteligencia*. Buenos Aires: Psique; 1973.
- (27) Kohlberg L. From is to ought. In: T Mischell, editor. *Cognitive development and epistemology*. New York: Academic Press; 1971.
- (28) Grotberg E. *Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano*. La Haya: Fundación Bernard Van Leer; 1996.
- (29) Werner E, Smith RS. *Overcoming the Odds. High risk children from birth to adulthood*. New York: Cornell University Press; 1992.
- (30) Nemeroff CB. The neurobiology of child abuse and neglect: Implications for the prevention and treatment of mood and anxiety disorders. American Psychiatric Association Meeting. 2008 May 3; Washington DC 2008.
- (31) Rutter M. Resilience: some conceptual considerations. Institute of Mental Health Initiatives Conference on "Fostering Resilience". 1991 Dec 5; Washington DC 1991.
- (32) Nuechterlein KH. Childhood precursors of adult schizophrenia. *J Child Psychol Psychiatry* 1986 Mar;27(2):133-44.

- (33) Karnik NS, McMullin MA, Steiner H. Disruptive behaviors: conduct and oppositional disorders in adolescents. *Adolesc Med Clin* 2006 Feb;17(1):97-114.
- (34) Zalsman G, Brent DA, Weersing VR. Depressive disorders in childhood and adolescence: an overview: epidemiology, clinical manifestation and risk factors. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2006 Oct;15(4):827-41, vii.
- (35) Stein DJ, Denys D, Gloster AT, Hollander E, Leckman JF, Rauch SL, et al. Obsessive-compulsive disorder: diagnostic and treatment issues. *Psychiatr Clin North Am* 2009 Sep;32(3):665-85.
- (36) Rockhill C, Kodish I, DiBattisto C, Macias M, Varley C, Ryan S. Anxiety disorders in children and adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2010 Apr;40(4):66-99.
- (37) Wittchen HU, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychol Med* 1999 Mar;29(2):309-23.
- (38) Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009 Jan;18(1):31-47.
- (39) Nicholls D, Bryant-Waugh R. Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009 Jan;18(1):17-30.
- (40) Bukstein OG, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Shaw J, Benson RS, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005 Jun;44(6):609-21.
- (41) Hingson RW, Heeren T, Winter MR. Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006 Jul;160(7):739-46.
- (42) Danner S, Fristad MA, Arnold LE, Youngstrom EA, Birmaher B, Horwitz SM, et al. Early-onset bipolar spectrum disorders: diagnostic issues. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2009 Sep;12(3):271-93.

- (43) Mick E, Faraone SV. Family and genetic association studies of bipolar disorder in children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009 Apr;18(2):441-53, x.
- (44) Birmaher B, Axelson D, Strober M, Gill MK, Valeri S, Chiappetta L, et al. Clinical course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2006 Feb;63(2):175-83.
- (45) Danielyan A, Pathak S, Kowatch RA, Arszman SP, Johns ES. Clinical characteristics of bipolar disorder in very young children. *J Affect Disord* 2007 Jan;97(1-3):51-9.
- (46) Leserman J. Sexual abuse history: prevalence, health effects, mediators, and psychological treatment. *Psychosom Med* 2005 Nov;67(6):906-15.
- (47) Zink T, Klesges L, Stevens S, Decker P. The development of a sexual abuse severity score: characteristics of childhood sexual abuse associated with trauma symptomatology, somatization, and alcohol abuse. *J Interpers Violence* 2009 Mar;24(3):537-46.
- (48) Jovanovic T, Blanding NQ, Norrholm SD, Duncan E, Bradley B, Ressler KJ. Childhood abuse is associated with increased startle reactivity in adulthood. *Depress Anxiety* 2009;26(11):1018-26.
- (49) McDonald KC. Child abuse: approach and management. *Am Fam Physician* 2007 Jan 15;75(2):221-8.
- (50) Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc* 2010 Jul;85(7):618-29.
- (51) Cohen JA, Bukstein O, Walter H, Benson SR, Chrisman A, Farchione TR, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010 Apr;49(4):414-30.
- (52) Meiser-Stedman R, Yule W, Smith P, Glucksman E, Dagleish T. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in children and adolescents involved in assaults or motor vehicle accidents. *Am J Psychiatry* 2005 Jul;162(7):1381-3.

- (53) Morgan L, Scourfield J, Williams D, Jasper A, Lewis G. The Aberfan disaster: 33-year follow-up of survivors. *Br J Psychiatry* 2003 Jun;182:532-6.
- (54) Yule W, Bolton D, Udwin O, Boyle S, O'Ryan D, Nurrish J. The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: I: The incidence and course of PTSD. *J Child Psychol Psychiatry* 2000 May;41(4):503-11.
- (55) De La Barra F. Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. *Rev chil neuro-psiquiatr* 2009;47(4):303-14.
- (56) Francis K. Autism interventions: a critical update. *Dev Med Child Neurol* 2005 Jul;47(7):493-9.

Sección VI

**MEDIDAS DE
INTERVENCIÓN
Y PREVENCIÓN**



*“Lo que se les dé a los niños y jóvenes,
ellos lo darán a la sociedad”*

CAPÍTULO 25

**AVANCES EN LOS TRATAMIENTOS
PSICOFARMACOLÓGICOS EN LA POBLACIÓN
INFANTO JUVENIL**

PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

DR. JOSÉ LUIS PEDREIRA MASSA

DRA. MONSERRAT GRAELL BERNA

INTRODUCCIÓN

La prescripción de psicofármacos en los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia crea controversias de todo tipo y, en muchas ocasiones, plantean reparos de escasa consistencia científica. La dificultad de investigar tratamientos farmacológicos en la infancia no atañe solamente a los psicofármacos, sino que compete al conjunto del vademécum, de hecho la Unión Europea dictó una directiva con el fin de estimular la investigación de fármacos en la infancia “siempre que se cumplan los requisitos éticos exigidos”.

Tanto los requisitos éticos como los legales para la investigación de fármacos en la infancia son complicados y enlentecen los protocolos de investigación. Existe un interés ambivalente por parte de los laboratorios farmacéuticos, ya que por un lado es una población que incrementaría la cuota de mercado (caso demostrativo ha sido el reconocimiento de la indicación en infancia y adolescencia del Aripiprazol por parte de la FDA en noviembre de 2007 al poco de su salida al mercado), pero son conscientes que la dosis y su utilización real apenas tendría impacto en la facturación (mientras a un niño se le prescribe por Kgr de peso y día hace que habitualmente la dosis sea un tercio o la mitad del adulto, por lo que su consumo es mucho menor). Además los laboratorios farmacéuticos deberían acometer más inversiones, como es el caso de diversificar y adaptar las presentaciones galénicas de los fármacos a la infancia, p.e. presentación en soluciones.

Los efectos secundarios y colaterales de los psicofármacos en la infancia y adolescencia son otro de los puntos a discutir, ya que existe una variable de gran relevancia: son fármacos que actúan a nivel del SNC y dicho sistema se encuentra en proceso de evolución durante la infancia y, en segundo lugar, el

niño es un organismo sujeto a desarrollo y crecimiento y el uso de psicofármacos podría alterar alguno de los patrones metabólicos que afectaría dicho proceso de forma relevante (p.e. la afectación de retraso del crecimiento con la utilización de psicoestimulantes; la afectación del desarrollo cognitivo con el uso de alguno de los neurolépticos atípicos).

Por lo tanto es conveniente recordar que en los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia **la prescripción y utilización de psicofármacos es un medio** para incluir en un diseño de intervención terapéutica del trastorno concreto en el niño determinado que atendemos, pero **no es ni debe transformarse en un fin** que delimite de forma lineal un fármaco para un trastorno.

ESPECIFICIDAD PARA INDICACIONES TERAPÉUTICAS EN LOS TRASTORNOS MENTALES DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Existen tres grupos de factores que delimitan una cierta especificidad a la hora de establecer un diseño terapéutico en los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia ⁽¹⁾, esta especificidad es más relevante en el caso de los tratamientos farmacológicos, puesto que las informaciones en este caso pueden estar en desacuerdo con los principios científicos.

1. **Dificultades para la evaluación clínica** de los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia: En estas etapas las características clínicas no son tan recortadas como en la edad adulta y dependen mucho de la reactividad y expresividad sintomática en las etapas del desarrollo (p.e. en las etapas sensorio-motriz, preoperatoria y operatoria la reactividad y expresividad sintomática prioritaria es la vía psicomotriz, de ahí a confundirlo con hiperactividad existe una distancia muy escasa). Esta influencia del proceso de desarrollo afecta al conjunto del sujeto infantil y de sus funciones, tanto a nivel somático, como cognitivo, afectivo, relacional y social. Desde una perspectiva más técnica los sistemas de clasificación de los trastornos mentales más generalizados no son tan fiables para la etapa infanto-juvenil, utilizando en demasía el constructo de “co-morbilidad”, más allá de lo estrictamente necesario y científico, al buscarse más por individualización

sintomática que por cuadros clínicos. Por fin, hay que conocer que los instrumentos de evaluación clínica son más complejos, muchas veces más largos y casi siempre más costosos de interpretar que en otras etapas del desarrollo humano.

2. **Influencia/dependencia del contexto socio-familiar:** El ser humano es el animal que más tiempo y más prolongadamente depende del contexto familiar, por ello no es extraño que ante las afecciones mentales se constate que los que presentan la demanda a los servicios y casi siempre deciden retirarla suelen ser las figuras parentales, pero es que además la accesibilidad del niño a los profesionales que aportan el tratamiento está condicionada, en casi todos los casos, a que un adulto lo acompañe, con todo lo que ello significa. Desde el plano más técnico hay que conocer que casi siempre son las figuras parentales las que refieren las características clínicas y lo hacen según sus propias vivencias y experiencias. Todo lo anterior hace que los servicios asistenciales se vean obligados a que los instrumentos de evaluación y la evaluación clínica como tal se realice contemplando múltiples informantes.
3. **Dificultades metodológicas** para la evaluación de la mayoría de las técnicas terapéuticas empleadas. Por muchos de los puntos expresados con anterioridad existe una falta de homogeneidad en la selección de las muestras a la hora de evaluar el efecto terapéutico de una medida, entre otras cosas por las dificultades existentes en la aplicación de los criterios diagnósticos utilizados. Pero también acontece una dificultad a la hora de definir el tipo de las intervenciones realizadas. Además existen escasos estudios longitudinales que sean fiables. Los problemas de tipo ético ante estas situaciones que incluyen el valor del consentimiento informado y quien y cómo se cumplimenta, según la Ley del Menor 1/96 (basada en la Declaración Internacional de los derechos y deberes de los niños, aprobada en la Asamblea General de la ONU en New York 20.11.1989), que incluye no solo la comunicación e información de los Comités de investigación y de ética, sino que precisa la comunicación al Fiscal de Menores o personalidad equivalente.

PRESCRIBIENDO PSICOFÁRMACOS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

La prescripción de psicofármacos en niños y adolescentes es algo que no agrada a la población en general, los miedos y creencias son diversas, además la gran mayoría de los prospectos avisan de la no autorización de su uso para menores de 18 años, razón de la realidad tangible a añadir a esas creencias. Pero hay que conocer algunas cuestiones de sumo interés, una de ellas es que existe una gran cantidad de niños que ya toman psicofármacos, solo que “enmascarados”.

El 16.4% de los lactantes reciben psicotropos antes de los 9 meses de edad: En 8 de cada 10 ocasiones son prescritos por Médicos de Familia y/o Pediatras (CHOQUET & DAVIDSON, ⁽²⁾ 1978). Entre los 4 meses de edad y los 6 años: reciben psicofármacos el 15.7%. Que son prescritos por la figura materna y/o el Médico de Familia o Pediatra (BAVERINA & cols., 1978). Los trastornos del sueño en la infancia representan el 28% de toda la patología psicosomática en esta edad y en los 18 primeros meses es la forma sintomática dominante de presentación de los trastornos mentales, pues bien, en el 85% de los casos se prescriben psicofármacos de entrada (GUEDENEY & KREISLER, ⁽³⁾ 1987). Pero hay que considerar de forma insistente que toda *demandas de sedantes o somníferos para un niño* debe ser considerada, por el Médico de Familia y por el Pediatra, como un verdadero factor de riesgo para el conjunto del proceso evolutivo.

Estos datos anteriores hicieron que Van Engeland ⁽⁴⁾ (1989) realizara una investigación sobre la utilización de psicofármacos (ansiolíticos y neurolepticos) para niños con trastornos escolares, déficit de atención con hiperactividad y retraso mental en 30 países europeos, entre sus conclusiones destacan: en su mayoría el fármaco prescrito era inadecuado tanto en la elección, como en la dosificación y el tiempo de emplearlo; además la posibilidad de prescribir un psicofármaco ante un síntoma o grupo sintomático presente en un niño dependía de la especialidad del profesional, de tal suerte que el Médico Familia y/o Pediatra lo prescribirían entre el 25-30%; si era un Psiquiatra General o de adultos lo haría entre 18-25% y si acudía a un Psiquiatra Infantil esa posibilidad descendería hasta un 2.5-5%, incluso hoy día con los nuevos psicofármacos no supera el 10-12%. En este trabajo Van

Engeland resalta la dificultad de la elección terapéutica para los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia, destacando que esa dificultad es aún mayor para los psiquiatras generales que para los psiquiatras infantiles, por lo que se une una menor efectividad del tratamiento elegido para los niñ@s y sus familias cuando este tratamiento es diseñado por parte de los psiquiatras de adultos, con lo que su intervención terapéutica es potencialmente yatrogénica con más facilidad que si lo prescribe un psiquiatra infantil.

Por todo lo anterior no se puede olvidar que en algunos fármacos utilizados para otras prescripciones se encuentran *enmascarados* psicotropos (TABLA I). Entre los psicofármacos más frecuentemente utilizados en la infancia se encuentran los siguientes: Diazepósidos, Fenobarbital y otros antiepilépticos, Nootropos, Alimemazina y Niaprazina.

TABLA I
PSICOFARMACOS "ENMASCARADOS" EN OTROS
MEDICAMENTOS USADOS EN LA INFANCIA

GRUPO TERAPÉUTICO	FÁRMACO	ACLARACIÓN
* ANTIHISTAMINICOS	PROMETAZINA ALIMEMAZINA OXOMEMAZINA	FENOTIAZINAS
* ANTITUSIGENOS	OXOMEMAZINA	Por dosis de medida se aporta entre 1.66-3.3 mgrs.
* ANTIHEMÉTICOS	METOCLOPAMIDA ACEPROMAZINA METOPIMAZINA	Pueden originar DISQUINESIAS, agudas y/o tardías.

Hollister ⁽⁵⁾ elaboró hace más de 20 años una serie de criterios para la utilización de psicofármacos en los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia que aún hoy guardan toda su vigencia y actualidad (TABLA II). En general se puede orientar a la toma de decisiones en el diseño terapéutico según domine la presencia de la clínica en el niñ@ (de forma reactiva o más estructural centrada en el propio niñ@) o bien cuando la clínica es más propia del funcionamiento del propio contexto familiar ⁽⁶⁾ (TABLA III) o bien por grupos de fármacos e indicaciones clínicas ⁽⁷⁻⁸⁾ (TABLA IV).

TABLA II

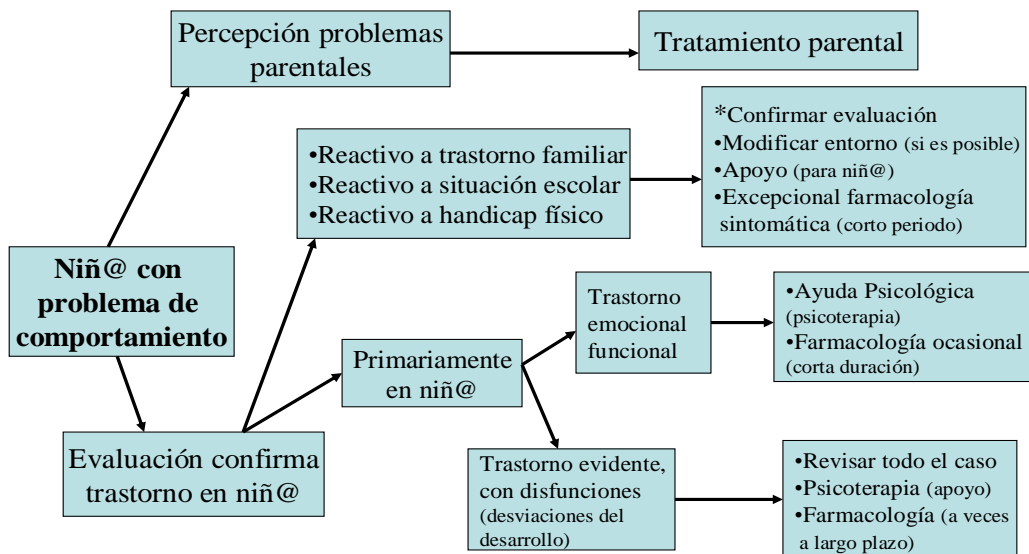
UTILIZACION DE PSICOFARMACOS EN LA INFANCIA

(Criterios de Hollister: APA, modificados y actualizados por Pedreira, 1995)

- 1- Limitar su utilización a trastornos intensos o graves que comprometen la habilidad o desarrollo del sujeto infantil.
- 2- Utilizarlos por su actividad específica, nunca como camisa fuerza.
- 3- No usar aquellos cuya eficacia no haya sido contrastada (p.e. los que dicen estimular el CI).
- 4- Utilizarlo ante el fracaso anterior de otras medidas (reorganizar ambiente, terapias).
- 5- Intención de mejorar o facilitar acciones (psicoterapia, intervención familiar, psicopedagogía).
- 6- Debe formar parte de un programa terapéutico global, nunca un fin en sí mismo.
- 7- Explicar al niñ@ las razones de la utilización, efectos esperados, eliminar confusiones.
- 8- Explicar a padres y educadores información sobre efectos secundarios, acción, eliminar concepción mágica, insistir en efecto paliativo y que sólo es un eslabón terapéutico.
- 9- Sólo se prolongará por necesidades clínicas y durante un tiempo preciso.
- 10- Dosis flexibles y de acuerdo a caracteres farmacocinéticos y con controles plasmáticos (siempre que sea posible).
- 11- Interrumpir tratamiento para evaluar eficacia.
- 12- Ocupa un lugar transicional entre el técnico y el proceso.

Tabla III

Intervención terapéutica en los trastornos mentales de infancia y adolescencia: toma de decisiones



Fuente: Connell (1991), modificada por Pedreira (1995)

Tabla IV

**TRASTORNOS DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE
TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO
FUNDAMENTAL SIEMPRE EN COMBINACION CON
INTERVENCIONES PSICOSOCIALES**

Trastorno	1ª elección	2ª elección
PSICOSIS	ANTIPSICOTICOS ATIPIICOS	ANTIPSICOTICOS TIPICOS
TDAH	ESTIMULANTES	ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS
TOC	SERTRALINA FLUVOXAMINA	ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS
TRASTORNO POR TICS MULTIPLES	RISPERIDONA CLONIDINA	HALOPERIDOL PIMOCIDE
DEPRESION	FLUOXETINA	OTROS ANTIDEPRESIVOS

Fuente: Heyman y Santosh (2002), adaptado por Graell (2006)

Lo dicho hasta ahora es importante porque los Pediatras y Médicos de familia hasta en un 72% han prescrito ISRS (que supone multiplicar por 7 sus prescripciones desde 1992 a 1998). Con relación a la especialidad en la prescripción de estimulantes en la infancia el 65% de Pediatras y Psiquiatras infantiles los habían prescrito, el 20% han prescrito ISRS y el 40% habían realizado una prescripción “off-label”⁽⁸⁻⁹⁾.

Durante el periodo 1992-2001 el incremento de prescripciones de psicofármacos en la infancia fue del 70%. En concreto el uso de antipsicóticos en pacientes menores de 10 años se multiplicó por seis en el periodo 1993-2002.

Si nos restringimos al Estado Español: durante el año 2000 se realizaron 1000 prescripciones, solo dos años después, en el año 2002 fueron 1500 prescripciones, lo que hizo que se ocupara el tercer lugar en prescripciones, tras USA y Canadá.

PSICOFÁRMACOS PRESCRITOS EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

La mejor forma de presentarlo es por medio de grupos farmacológicos e indicaciones clínicas y hacerlo de una forma sencilla y práctica, pues los aspectos farmacocinéticas y farmacodinámicos son similares a la edad adulta, en términos generales ⁽¹⁰⁻¹⁴⁾.

SOMNÍFEROS E HIPNÓTICOS EN LA INFANCIA

FÁRMACO	PRESENTACIÓN	DOSIS ÚNICAS POR LA NOCHE	INDICACIONES
PROMETAZINA	JARABE 5mg/5cc COMPRIMIDOS 5 mgrs.	2.5-10 mgrs.	NIÑOS
DIACEPAM (como hipnótico)	COMPRIMIDOS 5 mgrs.	2-5 mgrs. (0.3 mgr/Kgr)	TODAS LAS EDADES
NITRACEPAM		1-6 a: 2.5-5 mgr. 6-14 a: 5 mgr. <1 a: 1.25-2.5 mgr.	TODAS LAS EDADES

EFFECTOS COLATERALES:

- * Adormecimiento diurno.
- * Reacciones paradójicas: nerviosismo, inquietud.
- * Irritación gástrica.

ANSIOLITICOS

FÁRMACO	DOSIS/24 h.	MÁXIMA DOSIS EN 24 HORAS PARA MENORES DE 10 AÑOS (Evitar administrar por debajo de los 5-6 años).
DIACEPAN	0.12-0.30 mgr/Kgr peso	10 mgrs.
BROMACEPAN (*)	1.5-6 mgrs.	9 mgrs.
CLORACEPATO	0.5 mgrs/Kgr.	10 mgrs.

EFFECTOS COLATERALES:

- * Adormecimiento diurno, salvo el Bromacepán.
- * Ataxia (Raro).
- * Reacciones paradójicas, como hiperexcitabilidad extremadamente raro).
- * Tendencia a la hipotensión arterial.
- * Cierta pesadez muscular difusa.
- * Enlentecimiento del pensamiento y la comprensión.

Evitar administraciones prolongadas

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS EN LA INFANCIA

FARMACOS	DOSIS/24 H.	DOSIS MAXIMA DIARIA
IMIPRAMINA AMITRIPTILINA NORTRIPTILINA	50-100 mgrs.	4 mgrs/Kgr.

EFFECTOS COLATERALES:

- * Adormecimiento diurno.
- * Visión nublada o borrosa.
- * Poco persistentes.
- * Sequedad de boca.
- * Cardio-toxicidad (Alteraciones conducción y de impregnación miocárdica).

Es el grupo que ha demostrado cierta eficacia en los trastornos depresivos en estas edades.

INHIBIDORES SELECTIVOS DE RECAPTACION DE SEROTONINA ⁽¹⁵⁾

FÁRMACO	DOSIS/24 HORAS	OTRAS INDICACIONES
FLUOXETINA	0,7-1 mgr/Kgr/día	* Trastornos depresivos (*) * TOC (*) * Trastornos de ansiedad (*) * Mutismo electivo * Trastornos del comportamiento
PAROXETINA	0,7-1 mgr/Kgr/día	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos depresivos • TOC • Trastornos de ansiedad • Fobia social
SERTRALINA	1,7-2,5 mgr/Kgr/día	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos depresivos • TOC (*) • Trastornos de ansiedad
CITALOPRAM	0,7-1 mgr/Kgr/día	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos depresivos • TOC (*) • Trastornos de ansiedad
EXCITALOPRAM	0,3-0,5 mgr/Kg/día	<ul style="list-style-type: none"> * Trastornos depresivos * TOC * Trastornos de ansiedad * Trastornos e ansiedad de separación * Trastornos del humor acompañantes en afecciones crónicas o en oncología <p>Igual a Citalopram</p>

(*) Aprobada la indicación FDA para la infancia

Se pueden realizar niveles sanguíneos, al menos de Fluoxetina.

Más datos (y mejores) en el tratamiento de los T. de ansiedad.

Según la FDA:

- **Sólo recomiendan la fluoxetina para tratar la Depresión Mayor**
- **Desaconsejan iniciar el tratamiento con Sertralina, Paroxetina, Citalopram, Escitalopram y Venlafaxina**
- **En caso de tratamientos en curso con alguno de estos fármacos, aconsejan finalizar el mismo y en caso de que el tratamiento no funcione: CAMBIAR**
- **Persisten indicaciones de Sertralina para TOC**

EFECTOS COLATERALES:

- La Fluoxetina es muy deshinibidora, por lo que en ocasiones aparecen síntomas de ansiedad en niños y adolescentes.
- Se ha asociado una acción en la aparición de ideación autolítica, dicha

asociación hay que comprenderlo con la propia acción antidepresiva y mejoría de los síntomas de retraimiento del trastorno depresivo, entre ellos se encuentra la idea de muerte. Por otro lado este aparente incremento de ideación autolítica ha sido descrita en la edad adulta y no difiere de lo que acontecía con los tratamientos clásicos.

- Cefaleas, suelen ser transitorias.
- Se ha descrito incremento de agresividad en algunos adolescentes medicados con sertralina.

ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS EN LA INFANCIA

FÁRMACOS	DOSIS/24 H.	DOSIS MÁXIMA DIARIA PARA MENORES DE 10 AÑOS
CLORPROMACINA (*)	1-3 mgr/Kgr.	100 mgrs.
TIORIDAZINA	1-4 mgr/Kgr.	100 mgrs.
HALOPERIDOL (*)	0.05-0.1 mgr/Kgr.	3-5 mgrs.

(*) Indicación en niñ@s aprobada

EFECTOS COLATERALES:

* Raramente fotosensibilidad (fenotiazinas)

* Reacciones distónicas agudas (más frecuentes con dosis altas y según sensibilidad individual) Dos posibilidades: rebajar dosis o utilizar antiparkinsonianos (Biperideno), pero se recomienda no administrarlo hasta la aparición de síntomas de disquinesia, pues la utilización sin la clínica parece que favorece la sensibilización.

* Riesgo de disquinesia tardía, tender a evitarla con la administración más corta posible.

ANTIPSIKÓTICOS ATÍPICOS EN LA INFANCIA ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾

FÁRMACOS	ACLARACIÓN	DOSIS
* RISPERIDONA (*)	Se emplea también en trastornos del comportamiento y en casos de discapacidad intelectual Evidencia para casos de autismo, disminuyendo las estereotipias y el mal comportamiento Se recomienda en trastornos del comportamiento en discapacidad intelectual Buena acción sedativa Incremento de peso relevante	Dosis inicial: 0,5 mgrs./día con incrementos semanales hasta una dosis de 2,5 mgrs./día, que puede llegar hasta los 6 mgrs./día en los adolescentes
* OLANZAPINA (*)	Mejor acción en síntomas negativos	2,5-5 mgr/día
* QUETIAPINA	Buena acción en síntomas negativos	50-400 mgr/día
* ARIPIPRAZOL (*)	Indicado en agitaciones importantes Muchos efectos secundarios, tipo disquinesias agudas e hipotensión	10-30 mgr/día
* ZUCLOPENTIXOL	Buena acción sedativa	Media ampolla i.m.
* ZIPRASIDONA		
* AMISULPIDE		20mgr/día

(*) Indicación aprobada

Un avance muy importante ha venido representado por la posibilidad de prescribir los neurolépticos depot en la infancia y la adolescencia. Su presentación como solución oleaginoso lo hace más difícil por no tener una disolución homogénea, con lo que los niñ@s deben tener el peso adecuado para poder prescribir toda la dosis de la ampolla de presentación.

Se podría emplear otros antipsicóticos además de Risperidona, como Olanzapina, Quetiapina y Aripiprazol, pero los trabajos en infancia son menores en número y su utilización suele ser más selectiva, aunque alguno de ellos apunta indicaciones buenas por el perfil farmacológico. P.e. Olanzapina tiene acción sedativa importante, pero es el que más peso incrementa; Quetiapina no incrementa peso ni afecta tanto a la función cognitiva, pero su eficacia inmediata es menor y, por fin, Aripiprazol parece tener buena acción ante síntomas negativos y ha sido aprobado su uso por la FDA para infancia, pero aún está por evaluarse más sus indicaciones en la infancia.

EFFECTOS COLATERALES:

- Adormecimiento, se recomienda dividir la dosis en dos tomas al día con el fin de minimizar el efecto de adormecimiento ligero que pudiera producir.
- Cansancio leve y transitorio
- Efectos extrapiramidales: distonías agudas o crónicas (11-12% de los casos), parkinsonismo, acatisia y acinesia.
- Efectos anticolinérgicos: alteraciones conductuales, alteraciones de la conducción cardíaca, sedación excesiva, ganancia de peso y estreñimiento.
- Galactorrea, por bloqueo de los receptores D₂.
- Fotosensibilización cutánea.
- Alteraciones de la función hepática.
- Discrasias sanguíneas (clozapina).
- Retinitis pigmentarias (tioridazina).
- Síndrome neuroleptico maligno.
- Disminuyen el umbral convulsivógeno.
- Interferencias con el rendimiento escolar, debido al efecto sedativo.
- Ligera fotofobia durante un periodo de unas dos semanas, como máximo
- Aumento de peso en una cuantía comprendida entre 4-7 Kgrs
- Cierta afectación cognitiva. En una reciente investigación se ha comunicado (muestra de 29 varones y 9 niñas con una edad mayor o igual a 18 meses con autismo y grave perturbación del comportamiento mental) que no se produjo una disminución en el rendimiento cognitivo con la risperidona, originando que la ejecución de una tarea de cancelación (número de detecciones correctas) y una tarea de aprendizaje verbal (reconocimiento de palabras) fue mejor en el tratamiento con risperidona que con el placebo (sin corrección en función de la multiplicidad); se produjo una mejoría equívoca en una tarea de memoria espacial; no hubo diferencias significativas entre el tratamiento en condiciones de la Purdue Pegboard (coordinación mano-ojo) y la tarea en clase

analógico (el tiempo de examen de matemáticas). En conclusión: No se encontraron efectos perjudiciales en niños con autismo que recibieron dosis de hasta 3,5 mg de risperidona durante 8 semanas.

ESTIMULANTES ⁽²⁰⁾

FÁRMACOS	ACLARACIONES	DOSIS
METILFENIDATO	Existe presentación galénica de liberación prolongada Divergencias: Dosis continua o interrumpir en fines de semana y periodos de vacaciones	0,7-1,2 mgr/Kgr/día
ATOMOXETINA	Mejor efecto con clínica ansiedad y afectiva	0,7-1,3 mgr/Kgr/día

Comentarios:

- * Psico-fármacos más experimentados en la infancia.
- * Grandes controversias públicas y profesionales acerca de su utilización.

EFFECTOS COLATERALES:

- * Disminución de apetito
- * Alteración del sueño
- * Cefaleas
- * Incremento de tics
- * Disminución de la talla, a largo plazo
- * Alteraciones en ECG
- * Empeoran la clínica psicótica y, en determinados casos vulnerables, desencadenarían un cuadro psicótico. Formalmente desaconsejados en los casos de autismo infantil y sospecha de cuadros psicóticos
- * Se les ha relacionado con incremento de ideación suicida

ESTABILIZADORES DEL HUMOR/ANTIEPILÉPTICOS

FÁRMACOS	ACLARACIONES	DOSIS
* LITIO (*)	<ul style="list-style-type: none"> Indicación en trastornos bipolares Hipotiroidismo asintomático o sintomático Afectación función renal 	50-100 mgr/710h Regular dosis según litemias en torno a 0,6-1 mEq/litro
* AC. VALPROICO (**)	* Trastornos del comportamiento	Niños menores de 11 años: 30 mgr/Kgr. Peso/día Niños mayores de 11 años: 20-30mgr/Kgr de peso/día
* OXCARBAZEPINA (**)	* Se emplea en trastornos del comportamiento	Inicial: 8-10 mgr/Kgr peso/día Mantenimiento: 30 mgr/Kgr peso/día
* LAMOTRIGINA (**)	* Mejora el humor	Inicial: 0,15 mgr/Kgr peso/día Aumentos semanales de 0,5mgr/Kgr peso/día Mantenimiento: 5-15 mgr/Kg peso/día
* TOPIRAMATO (**)	<ul style="list-style-type: none"> Se emplea en Bulimia nerviosa En otras conductas impulsivas y compulsivas 	Inicial: 0,5-1 mgr/Kgr peso/día Total: 3-6 mgr/Kgr peso/día

(*) Autorizado uso en adolescentes

(**) Autorizado uso en niños y adolescentes, no olvidar que se utilizan como antiepilépticos.

EFECTOS COLATERALES:

- Alguno De ellos producen molestias gástricas de cierta relevancia
- Vigilar la producción de discrasias sanguíneas

- Afectaciones dérmicas
- Adormecimiento durante los primeros días

NORMAS GENERALES

CRITERIOS OPERATIVOS ^(7-12, 21 y 22)

1° El tratamiento se debe establecer a varios niveles de intervención, según la complejidad del cuadro clínico.

2° Evaluación de la evolución clínica y socio-familiar completa, multidisciplinaria y de forma periódica.

3° La selección del tratamiento psicofarmacológico se hará por criterios médicos y conductuales.

4° La medicación se aportará hasta conseguir una respuesta clínica aceptable (pueden pasar semanas) o bien hasta la aparición de efectos adversos.

5° Evitar la polifarmacia, ya que la polifarmacia potencia los efectos secundarios y las interacciones farmacológicas, dificultando discernir a qué fármaco podría deberse. Un caso típico consiste en prescribir Biperideno de forma simultánea con los antipsicóticos, se sabe que prescribir Biperideno en conjunto con antipsicóticos sin haber producido éstos ningún tipo de distonía, se favorece la posibilidad de aparición de síntomas de discinesias con mayor facilidad que si se administrara el antipsicótico sin la conjunción con el biperideno, por lo que, en este caso, la administración preventiva de biperideno favorecería lo que pretende prevenir.

6° Insistir en que es preciso realizar una selección homogénea de los pacientes, con criterios clínicos adecuados.

7° Características farmacocinéticas y farmacodinámicas específicas:

- Absorción: similar a los adultos, aunque la velocidad de absorción puede ser mayor, alcanzándose picos y niveles en sangre antes, por lo que hay que tenerlo en cuenta para abordar la posible toxicidad por acumulación de dosis.
- Metabolismo: Mayor actividad de los citocromos en latencia.
- Distribución: En la infancia existe una menor proporción de grasa corporal, así como una mayor proporción de agua que facilita un mayor volumen de distribución. Existe también una mayor

permeabilidad de la barrera hemato-encefálica.

- Excreción: Semejante al adulto.
- Diferentes grados de maduración tanto de los sistemas neuroquímicos como de los de neurodesarrollo.

8º Requerimientos éticos:

- Adecuada formación de los profesionales.
- CONOCIMIENTO, no solo de los psicofármacos y de los procesos psicopatológicos y clínicos, sino también de las alternativas terapéuticas posibles.
- OBJETIVIDAD, conociendo no solo las posibilidades terapéuticas, sino sus limitaciones y efectos secundarios.
- Certeza o cuasi certeza de ser el mejor recurso terapéutico para cada cuadro clínico y en ese paciente infantil en concreto con su contexto determinado.
- Información adecuada al paciente y a la familia acerca de las posibilidades de las diferentes posibilidades terapéuticas.
- Firma del CONSENTIMIENTO INFORMADO, por parte de las figuras parentales y del propio niñ@ a partir de los 11 años de edad, según se contempla en la Ley 1/96.

DURACION Y RETIRADA DEL TRATAMIENTO ^(7-12 y 22)

- Se deben mantener con dosis elevadas hasta la disminución de la clínica más florida o del nuevo brote.
- Posteriormente durante 3-5 semanas se puede ir reduciendo hasta encontrar la dosis ideal de mantenimiento para cada sujeto. Se debe mantener esta dosis un mínimo de unos 8-9 meses.
- Si dominan los síntomas negativos en los cuadros psicóticos, entonces deben prescribirse los más incisivos y mantenerlos durante prolongados periodos de tiempo.

CONCLUSIONES GENERALES

Antidepresivos y antipsicóticos son empleados en el tratamiento de trastornos moderados/graves en infancia y adolescencia a pesar de que su indicación no esté claramente establecida. Existen escasos estudios controlados randomizados que demuestren su eficacia

Las dosis, formas de prescripción e indicaciones no difieren en la población adolescente vs. Adulto.

Es urgente e imprescindible que se realicen ensayos clínicos controlados, randomizados y estudios de seguridad en esta población .

Para el tratamiento psicofarmacológico ⁽²³⁾, la **mejor evidencia** es el tratamiento con estimulantes para el TDAH y con Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina (ISRS) para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. También hay **evidencia razonable** para el tratamiento con ISRS para los Trastornos de Ansiedad y el Trastorno Depresivo moderado-severo y el tratamiento con risperidona para el autismo.

No se debe olvidar la firma del consentimiento informado, según se ha explicado con anterioridad. Ante todo y sobre todo: El tratamiento psicofarmacológico de los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia ES UN MEDIO Y NO UN FIN, por lo tanto se debe realizar un buen proceso diagnóstico y diagnóstico diferencial con un ajustado y contextualizado diseño del conjunto de la intervención terapéutica con cada paciente en concreto.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Pedreira, J.L. (1995): Protocolos de Salud Mental Infanto-juvenil para atención primaria. Madrid: ELA-ARAN.
- (2) Choquet, M & Davidson, F (1978): Les facteurs favorisant l'administration de sédatifs chez les nourrissons et leur signification. Arch Fr Pédiatr **35**, pp. 785–792.
- (3) Guedeney, A.; Kreisler, L. (1987) : Sleep disorders in the first 18 months of life: Hypothesis on the role of mother-child emotional exchanges. Infant Mental Health Journal. Vol 8(3) 307-318.
- (4) Van Engeland, H. (1989): Indications for an effectiveness of specific interventions in Child Psychiatry. En M. Schmidt & H. Remschmidt (Edts.): Needs and prospects of Child and Adolescent Psychiatry. Berna: Hogrefe & Huber, págs. 135-144.
- (5) Hollister, L.E. (1983): Farmacología de las enfermedades psiquiátricas infantiles. En G.S. Avery (Edt.): Farmacología. Barcelona: Ed. Salvat. Págs. 1024-1026.
- (6) Connell, H.M. (1985): Essentials of Child Psychiatry. London: Blackwell Scientific Publication.
- (7) Heyman, I., & Santosh, P. (2002): Drug treatment. En M. Rutter & E. Taylor (Eds.): Child and adolescent psychiatry, 4th ed, págs. 998– 1018.
- (8) Graell Berna, M. (2006): Utilización de psicofármacos en niños y adolescentes. I Jornadas de Investigación de medicamentos en la población infantil. Colegio Oficial de Médicos, Madrid.
- (9) Efron, D.; Hiscock, H.; Sewell, J.R.; Cranswick, N.E.;Vance, A.L.A.; Tyl, Y. & Luk, A.S.L. (2003): Prescribing of Psychotropic Medications for Children by Australian Pediatricians and Child Psychiatrists. Pediatrics Vol. 111, 2 (February), 372-375
- (10) Bezchlibnyk-Butler, K.Z. & Virani, A. (Edts.) (2004): Clinical handbook of Psychotropic Drugs for children and adolescents. Toronto/Götingen: Hogrefe & Huber.

- (11) Greenhill, L.L. (1998): The use of Psychotropic Medication in Preschoolers: Indications, Safety and Efficacy. *Can. J. Psychiatry*, 43 (august), 576-81.
- (12) Tognoni, G. & al. (1989): Psicofarmaci ed età pediatrica. En C. Bellantuono & M. Tansella (Edts.): *Gli psicofarmaci nella pratica terapeutica*. Roma: Ed. Il Pensiero Scientifico. 2ª Ed.
- (13) Bramble, D. (2003): The use of psychotropic medications in children: a British view. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol 44, 2, 169 - 179
- (14) Tomás i Vilaltella; J.; Bielsa i Carrafa, A. & Teixido i Masip, L. (1999): Consideraciones generales sobre las bases para un tratamiento farmacológico en Paidopsiquiatría. *Psiquiatría Infanto-juvenil/II*. Monografías de Psiquiatría, XI, 2 (marzo-abril), 65-70.
- (15) Ballesteros Alcalde, M.C. (1999): Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina en paidopsiquiatría. *Psiquiatría Infanto-juvenil/II*. Monografías de Psiquiatría, XI, 2 (marzo-abril), 71-96.
- (16) Sansebastian, J.; Montes, J.M. (1996): Tratamiento psicofarmacológico de las psicosis en la infancia y adolescencia. *Rev. Psiquiatría Infanto-juvenil*, 1/96 (enero-marzo), 1-5.
- (17) Lewis, R. (1998): Typical and atypical Antipsychotic in Adolescent Schizophrenia: Efficacy, Tolerability and Differential Sensitivity to Extrapiramidal Symptoms. *Can. J. Psychiatry*, 43 (august), 596-604.
- (18) Aman MG; Hollway JA; McDougle CJ; Scahill L; Tierney E; McCracken JT; Arnold LE; Vitiello B; Ritz L; Gavaletz A; Cronin P; Swiezy N; Wheeler C; Koenig K; Ghuman JK; Posey DJ. (2008): Cognitive effects of Risperidone in children with autism and irritable behaviour. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 18, 3 (jun): 227-236.
- (19) Gilman, J.T. & Tuchman, R.F. (1995): Autism and associated behavioral disorders: Pharmacotherapeutic intervention. *Ann. Pharmacother.*, 29, 47-56.
- (20) Caffaratti, M.; Uema, S; Briñón, M. C. (2006): Metilfenidato. *Centro de Información de Medicamentos (CIME)*.

- (21) Galiana, J. & Gil, M. (1986): Problemas metodológicos en la evaluación de psicofármacos en la infancia. *Rev. Neur. Psq. Inf.*, II, 8, 21-26.
- (22) Pedreira, J.L. & Graell, M. (2009): Prescripción de psicofármacos en la infancia y la adolescencia. En T. Palomo & M.A. Jiménez-Arriero: *Manual de Psiquiatría*. Madrid: ENE, SA. Págs. 771-782.
- (23) McClellan JM, Werry JS. (2003): Evidence-based treatments in child and adolescent psychiatry: an inventory. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, Dec; 42, 12 (December), 1388-400.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (TDM) Y DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

DR. FRANCISCO DE LA PEÑA OLVERA

DR. FERNANDO FÉLIX ORTA

INTRODUCCIÓN

El presente capítulo de libro abarca el tratamiento farmacológico del TDM entendido también como depresión y del TDAH entendido también como trastorno hiperquinético durante la infancia y la adolescencia. Se integra de dos partes; la primera integra generalidades, epidemiología y aspectos globales sobre el tratamiento farmacológico del TDM en población de niños y adolescentes, resaltando en especial la propuesta del algoritmo de Texas; la segunda parte contempla generalidades, epidemiología y aspectos globales sobre el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TDM EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

GENERALIDADES SOBRE LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Los trastornos afectivos en la niñez y en la adolescencia son reconocidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales en su cuarta edición de texto revisado (DSM-IV-TR) ⁽¹⁾ como trastornos cuyos síntomas principales (ánimo bajo, anhedonia, irritabilidad) son similares a los encontrados en la vida adulta, pero con las características específicas del desarrollo. ⁽²⁾ Dentro de la fenomenología general de la depresión en niños, las manifestaciones observadas se agrupan en un listado de 10 síntomas principales y tres asociados. Los principales son: baja autoestima, culpa patológica, retraimiento social, bajo aprovechamiento escolar, fatiga

excesiva, retraso psicomotor, alteraciones vegetativas e ideas de enfermedad o intento suicida. Los síntomas asociados son la irritabilidad, el llanto y las complicaciones somáticas. ⁽²⁾

Existen también algunos signos y síntomas que aumentan, disminuyen o no tienen asociación alguna con la edad y el estado de desarrollo. Los que aumentan con la edad son la anhedonia, la preocupación o intranquilidad matutina, la desesperanza, el retraso psicomotor y la sintomatología delirante. Los que disminuyen con la edad son la apariencia depresiva, la autoestima, las quejas somáticas y los fenómenos alucinatorios. Los que siguen un patrón curvilíneo (mas importantes en la etapa preescolar y la edad adulta) son la fatiga, la agitación y la anorexia; Finalmente los que no guardan relación con la edad son el animo depresivo, la pobre concentración, insomnio ideas e intentos suicidas. ⁽²⁾ Además se ha descrito a la conducta como un elemento clave en la fenomenología de la depresión en población pediátrica, entre las manifestaciones se incluye indiferencia, pérdida de energía, pérdida del interés en el juego y llanto. ⁽²⁾

EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia del Trastorno depresivo Mayor (TDM) se ha estimado en 2% de los niños y 4 a 8% de los adolescentes con una relación masculino-femenino de 1:1 durante la infancia y 1:2 durante la adolescencia. Incrementándose el riesgo de 2 a 4 veces en las mujeres posterior a la pubertad. ⁽³⁾

Dentro de la comorbilidad se menciona que del 40 al 90% de los niños y adolescentes con TDM presentan otro trastorno psiquiátrico y que hasta el 50% presenta dos o mas; El diagnostico mas común son los trastornos de ansiedad, en seguida los trastornos de conducta, trastorno por déficit de atención y en los adolescentes, los trastornos por sustancias. ⁽³⁾

EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

El tratamiento para la depresión mayor en niños y adolescentes es generalmente multimodal y usualmente incluye farmacoterapia y psicoterapia. El interés por el uso de antidepresivos, en el tratamiento de la depresión en niños, ha crecido en los últimos años debido a múltiples

factores; Entre ellos se encuentra el mayor reconocimiento de los trastornos afectivos en la infancia, así como la introducción de medicamentos mejor tolerados. Otro factor son las secuelas de la depresión infantil. ⁽⁴⁾

El tratamiento de la depresión se divide en tres fases: Aguda, de continuación y mantenimiento. En la mayoría de los estudios, pero sobre todo en los parámetros prácticos de tratamiento de la depresión publicados por la “American Academy of Child and Adolescent Psychiatry” ⁽³⁾: se define **respuesta** como la ausencia o reducción significativa de los síntomas depresivos por al menos dos semanas, **remisión** se define como un periodo de al menos 2 semanas y menor a 2 meses sin síntomas o muy pocos de estos. **Recuperación** es la ausencia de síntomas significativos de la depresión (no mas de 1 o dos síntomas residuales) por mas de dos meses. **Recaída** se define como un episodio que cumple de nueva cuenta los criterios del DSM para TDM durante el periodo de remisión. La **recurrencia** es la emergencia de síntomas de depresión durante el periodo de recuperación (un nuevo episodio). Para consolidar la respuesta al tratamiento agudo y prevenir recaídas, el tratamiento debe de ser continuado por al menos 6 a 12 meses. ⁽³⁾

FARMACOTERAPIA

Existen algunas diferencias farmacológicas entre niños/adolescentes y adultos lo cual puede conducir a efectos diferentes de la farmacoterapia ⁽⁴⁾:

A) El sistema noradrenérgico no completa su maduración hasta la adultez temprana. B) Las características farmacocinéticas y fármaco-dinámicas difieren; Por ejemplo, en los niños, existe una reducción en la unión de los fármacos a las proteínas plasmáticas, lo que puede resultar en un incremento de la fracción libre del fármaco disponible. Además el sistema enzimático hepático es más eficiente en población pediátrica. C) Los cambios hormonales durante la adolescencia puede afectar la neurotransmisión mono-aminérgica.

Dentro de los primeros medicamentos utilizados para el tratamiento de la depresión pediátrica, los antidepresivos tricíclicos (ATC) fueron de primera elección durante los años 80's, pero su uso fue en decremento debido los efectos secundarios que presentaban, dentro de las principales se encuentra

la muerte súbita por problemas cardiacos. ⁽⁴⁾ Su lugar como tratamiento de primera elección fue ocupado por los Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), debido sobretodo a la baja incidencia de efectos colaterales y su indicacion para múltiples patologias. Algunas de las ventajas de los ISRS contra los ATC son que presentan menor incidencia de muerte subita, alteraciones cardiovasculares y convulsiones; Tambien presentan menores efectos anticolinergicos como xerostomia, somnolencia y constipacion. ⁽⁴⁾

En un meta-análisis reciente realizado por Hetrick, se menciona que la respuesta a la farmacoterapia varia de acuerdo al compuesto utilizado, dentro este estudio hubo una diferencia estadísticamente significativa en el porcentaje de niños y adolescentes que respondían a Fluoxetina comparada con placebo. (RR 1.86; 95% CI 1.49, 2.32). No hubo diferencias significativas en el porcentaje de los respondedores a Paroxetina contra los que respondieron a placebo. Un caso similar ocurrió con Sertralina (RR 1.17; 95% CI 1.00, 1.36). Si bien la generalización de estos estudios es limitada, debido a que la mayoría de los estudios realizados excluyeron a los respondedores a placebo, aquellos con comorbilidad compleja o aquellos con riesgo suicida; De manera que los participantes no reflejan el fenómeno observado en la practica clínica diaria. ⁽⁵⁾

ALGORITMO DE TEXAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

El tratamiento de la depresión en la infancia y la adolescencia es un tema complejo, dentro de los esfuerzos por abordar esta complejidad, se han creado varios algoritmos de tratamiento, el más reciente es el algoritmo de Texas realizado en 1999, pero actualizado en 2007. Una de las principales preocupaciones del consenso fue la incidencia de ideación suicida (4% en tratamiento con antidepresivos, 2% con placebo), aunque no se reporto ningún suicidio consumado.

Contrario a las conclusiones de la FDA, los estudios epidemiológicos han encontrado una relación inversa entre los suicidios y el número de prescripciones de los ISRS tanto para jóvenes como adultos. ⁽⁶⁾ Sin embargo

es importante tener en cuenta que el riesgo de suicidio es mucho mayor dentro del primer mes posterior al inicio de los antidepresivos. ⁽⁶⁾

El panel del consenso estableció reglas para evaluar la evidencia existente, así un nivel A corresponde a estudios aleatorios doble ciego controlados con placebo, El nivel B consiste en estudios abiertos y estudios epidemiológicos y el nivel C en series de caso y consenso de expertos. ⁽⁶⁾

El algoritmo se dividió básicamente en 3 partes: Tratamiento agudo, continuación y mantenimiento. Para la primera fase se utilizó evidencia con un nivel A, preferentemente monoterapia, con un perfil de efectos secundarios favorables. ⁽⁶⁾ El algoritmo se enfoca en niños de 6 a 17 años de edad quienes cumplen los criterios para Trastorno depresivo mayor del DSM-IV de moderado a severo.

FASE DE TRATAMIENTO AGUDO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

El estadio 0 comprende la evaluación diagnóstica y la monitorización. En este subgrupo de población además se requiere la síntesis de información de ambos padres y del niño, de manera separada, así como una evaluación del desempeño escolar. Debe tenerse cuidado además de no confundir la irritabilidad con síntomas de un trastorno externalizado o trastorno bipolar. Además la depresión en niños y adolescentes puede estar influenciada por factores psicosociales como los pares y la familia, así como factores ambientales. Los niños en particular parecen responder a tratamientos no específicos como se observa en algunos estudios aleatorios doble-ciego controlados, en los cuales la respuesta a placebo es mayor. ⁽⁶⁾ La evaluación del riesgo suicida es otro punto a considerar, el cual se debe de monitorizar durante el tratamiento. Debido a que la cognición y la energía mejoran de manera más temprana que el estado de ánimo con la farmacoterapia, los pacientes pueden estar en un mayor riesgo de realizar un intento de suicidio. ⁽⁶⁾

La decisión para iniciar un tratamiento farmacológico debe de hacerse en conjunto con los padres, por medio de un consentimiento informado y un asentimiento de parte del niño. Algunos elementos a considerar en el inicio de la farmacoterapia incluye la severidad de la depresión, el riesgo de

suicidio, si algún familiar ha respondido adecuadamente al tratamiento farmacológico, la recurrencia o cronicidad de la depresión, falta de respuesta a la psicoterapia, preferencia de los familiares y los estresores psicosociales a los que pudiera ser sometido. Se enfatiza además la importancia de una adecuada alianza terapéutica entre el clínico, el paciente y la familia. ⁽⁶⁾

Estadio 1: Monoterapia con ISRS

En esta fase tres inhibidores cuentan con evidencia suficiente: Fluoxetina, Sertralina y Citalopram. De estos, Fluoxetina es el que cuenta con mayor evidencia y la aprobación de la FDA para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, desde el algoritmo de 1999, este permanece como el antidepresivo de elección, a menos de que exista alguna otra razón para escoger otro ISRS (por ejemplo interacción farmacológica, pobre respuesta en un intento previo, resistencia al fármaco en otros miembros de la familia). Cualquier medicamento que se escoja, debe de iniciarse a dosis bajas (en el caso de Fluoxetina, iniciar con 10mg por día y aumentarse de manera posterior), en caso de que existan efectos secundarios importantes, regresar a la dosis previa. ⁽⁶⁾

Estadio 2: Monoterapia con otro ISRS

En este caso se puede utilizar Fluoxetina, Sertralina, Citalopram, Escitalopram o Paroxetina (esta última solo en adolescentes). Este nivel de intervención se recomienda si no existió una respuesta adecuada o el primer fármaco no fue bien tolerado. Escitalopram y Paroxetina no se incluyeron en el primer nivel debido a que no existe evidencia suficiente de tipo A.

Estadio 2A: ISRS más potenciación

Para los niños y adolescentes que tengan una respuesta parcial al tratamiento con ISRS existe la opción de utilizar un agente potenciador, la mayoría de los datos de potenciación son extrapolados de los datos obtenidos de los adultos. Aun no se ha determinado cual es el mejor agente de potenciación en los niños y adolescentes. El algoritmo recomienda el uso de Litio, Mirtazapina o Bupropión como medicamentos potenciadores. ⁽⁶⁾

Estadio 3: Cambio hacia un antidepresivo dual en monoterapia (Bupropión, Venlafaxina, Mirtazapina, Duloxetina)

Para moverse hacia esta estadio, el niño debió de haber experimentado al menos dos intentos fallidos con algún ISRS, Es crítico reevaluar la certeza

del diagnóstico, comorbilidad y factores que contribuyen a la patología. No existe evidencia de eficacia de antidepresivos duales en población pediátrica. Se recomienda precaución con Venlafaxina por el aumento estadísticamente significativo en pensamientos suicidas y Nefazodona por hepatotoxicidad. ⁽⁶⁾

Estadio 4: Debe de evaluarse la adherencia terapéutica, así como una dosis y duración suficiente de la farmacoterapia. Además debe replantearse el diagnóstico así como los diagnósticos comórbidos (incluyendo el abuso de sustancias). ⁽⁶⁾

CONSIDERACIONES ESPECIALES

Trastorno Depresivo Mayor con Síntomas Psicóticos:

Cuando existen síntomas psicóticos, la recomendación es que el clínico pueda agregar medicamento antipsicóticos en cualquier estadio. No existe evidencia suficiente que apoye el uso de anti-psicóticos, pero si se deben de usar, se recomienda el uso de anti-psicóticos atípicos por el bajo riesgo de efectos secundarios neurológicos. Es decisión del clínico iniciar el antidepresivo junto con el antipsicóticos. Debe de tomarse en cuenta además, el efecto secundario de ganancia de peso y anormalidades metabólicas asociadas, además la mayoría de los ISRS presentan interacciones con la mayoría de los antipsicóticos. La presencia de trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos ha demostrado ser indicador de un probable trastorno bipolar, los clínicos deben de estar alerta sobre esta situación, particularmente si se prescriben antidepresivos, por el riesgo de viraje hacia manía. ⁽⁶⁾

Evaluación de la Conducta Suicida: Se recomienda que la conducta suicida sea evaluada de manera sistemática en cada consulta, se debe de interrogar sobre comportamientos e ideas relacionados al suicidio, frecuencia, planes, intención y letalidad. Además se sugieren citas mas frecuentes. Se debe derribar además el mito de que la pregunta directa sobre el suicidio puede aumentar los sentimientos suicidas. ⁽⁶⁾

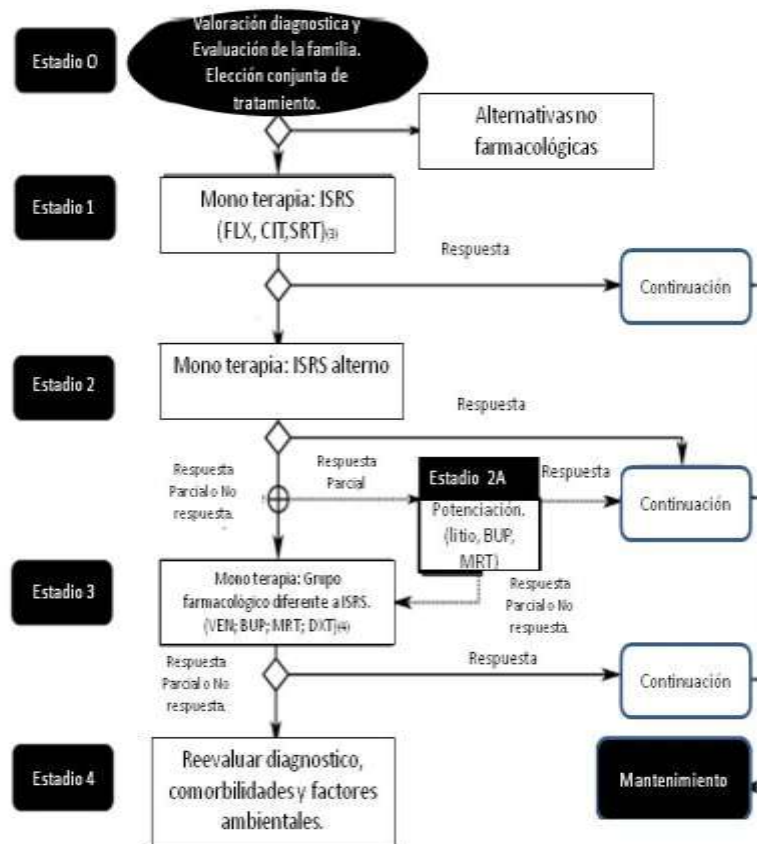
FASE DE CONTINUACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

De manera basal y a través del seguimiento se debe evaluar la posibilidad de psicoterapia. Se recomienda además continuar con el tratamiento farmacológico 6 a 12 meses posterior a la remisión de los síntomas; Se recomienda monitorizar recaídas o ideación suicida (máximo cada 3 meses). Se debe tener en cuenta que el trastorno bipolar puede debutar con un episodio depresivo por lo que deben de monitorizarse además síntomas maniatiformes. Si se trata de un primer episodio, entonces el paciente debe ser evaluado con el fin de intentar una disminución gradual y suspensión del tratamiento al terminar la fase de continuación. Si han ocurrido previamente otros episodios, entonces el paciente debe de ser evaluado para un tratamiento de mantenimiento. Al discontinuar el tratamiento, la dosis no debe de disminuirse más rápido que un 25% a la semana. Si la depresión recurre, debe de iniciarse el tratamiento en el estadio que mejor haya funcionado. ⁽⁶⁾

FASE DE MANTENIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

En adultos con un episodio inicial de TDM, al menos 50% se encuentra en riesgo de recaída, en un tercer episodio el porcentaje se eleva a 90%. De manera similar por arriba del 70% de los jóvenes experimentaran una recaída. No existen estudios específicos de tratamiento de mantenimiento de antidepresivos en niños, y la mayoría de las recomendaciones son extrapoladas de la literatura de adultos. ⁽⁶⁾

FIG. 1. ALGORITMO DE TRATAMIENTO PARA LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.



Consideraciones:

- 1) La psicoterapia puede iniciarse en cualquiera de los estadios.
- 2) La Fluoxetina es el único ISRS que cuenta con la aprobación de la FDA para el tratamiento de la depresión en niños.
- 3) ISRS: Inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina. FLX: Fluoxetina, CIT: Citalopram, SRT: Sertralina.
- 4) VEN: Venlafaxina, BUP: Bupropion, MRT: Mirtazapina, DXT: Duloxetina.

CONCLUSIÓN

La depresión en niños y adolescentes constituye uno de los padecimientos más frecuentes con los que tiene que los médicos en contacto con población pediátrica se enfrentan día a día. El adecuado tratamiento de este trastorno puede influir de manera positiva en cuanto al desarrollo normal de niños y adolescentes; Si bien, el trastorno depresivo mayor leve puede responder adecuadamente a la psicoterapia, en las formas moderada a severa, se recomienda el uso de farmacoterapia en todos los casos. Lamentablemente el área de la psicofarmacología pediátrica continúa teniendo un gran vacío en cuanto a información adecuada a las condiciones propias de niños y adolescentes, ya que la mayoría de las recomendaciones son extrapolación de las investigaciones de adultos hacia el tratamiento de estos. ⁽⁷⁾ Una de las

principales preocupaciones al iniciar un tratamiento psicofarmacológico en la depresión en esta población, es el aumento en el número de conductas suicidas; múltiples estudios han confirmado que el índice riesgo/beneficio, en cuanto al tratamiento farmacológico, es mayor en los casos moderados a graves, tomando en cuenta todos los factores asociados, los cuales tienen un gran peso en el caso de la depresión infantil ⁽⁷⁾.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TDAH EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

GENERALIDADES SOBRE EL DIAGNÓSTICO DEL TDAH EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

En sus últimas versiones tanto el DSM-IV-TR ⁽¹⁾ como la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima edición (CIE-10) ⁽⁸⁾ se han tratado de acercar a un sistema taxonómico similar que aun no se consolida, ambas clasificaciones utilizan un sistema multiaxial semejante. El número de criterios que establece la CIE-10 para el trastorno hiperquinético, exige que se encuentren al menos seis síntomas de inatención, uno de impulsividad y tres de hiperactividad; mientras que el DSM-IV-TR exige seis síntomas de inatención para el TDAH preferentemente inatento (TDAH-I), seis síntomas de hiperactividad-impulsividad para el TDAH preferentemente hiperactivo-impulsivo (TDAH-H) y seis síntomas de inatención mas seis síntomas de hiperactividad-impulsividad para el TDAH combinado (TDAH-C). El hablar en exceso es considerado por la CIE-10 como síntoma impulsivo y por el DSM-IV-TR como síntoma de hiperactividad-impulsividad. En ambas clasificaciones se requiere que la sintomatología haya iniciado antes de los 7 años; el DSM establece la edad para marcar deterioro y la CIE la edad de inicio de los síntomas, ambas exigen que se manifiesten en al menos dos o más ambientes ⁽⁹⁾

EPIDEMIOLOGÍA

El TDAH es uno de los padecimientos neuropsiquiátricos más frecuentes en niños, adolescentes y adultos. Los estudios en América Latina y en África han mostrado una gran variabilidad probablemente por problemas metodológicos, no así los desarrollados en América del Norte y Europa Occidental. Afecta mundialmente hasta a 5.2% de la población ⁽¹⁹⁾

EL TRATAMIENTO DEL TDAH

El abordaje terapéutico del TDAH debe ser multimodal e interdisciplinario, pese a la eficacia mostrada por los estimulantes y los no estimulantes en la reducción de los síntomas principales del TDAH (inatención, hiperactividad e impulsividad), estos fármacos no disminuyen algunos otros aspectos de disfunción que se asocian con este padecimiento, tales como las habilidades sociales deficientes, baja motivación en la escuela, desempeño académico pobre, desgaste emocional en los cuidadores primarios; manifestaciones que pueden ser sensibles a disminuir con las intervenciones psicosociales¹¹. Se realizó una revisión sobre las intervenciones farmacológicas en las que se incluyen no sólo los medicamentos aprobados por la Food and Drug Administration de EUA (FDA) y recomendados por algunos algoritmos para el TDAH, sino también otros medicamentos con cierta evidencia científica de efectividad en los síntomas de inatención y que se encuentren disponibles en algunas regiones de Latinoamérica.

EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TDAH

El objetivo de las intervenciones farmacológicas es proporcionar al paciente medicamentos para el manejo de las manifestaciones del TDAH. Aunque las intervenciones farmacológicas son la piedra angular de tratamiento en el TDAH se debe tener en mente la racionalidad de las mismas bajo el principio de máximo beneficio contra el mínimo de efectos colaterales. Las intervenciones farmacológicas se pueden dividir en dos grandes áreas: Medicamentos estimulantes (Metilfenidato y Anfetaminas) y medicamentos no estimulantes (inhibidores de la recaptura noradrenalina, antidepresivos tricíclicos (ADT), agonistas alfa adrenérgicos y otros).

ALGORITMOS LATINOAMERICANOS

Recientemente fueron publicados los Algoritmos Multimodales para el Tratamiento del TDAH en Niños ⁽¹²⁾ y Adolescentes ⁽¹³⁾ Latinoamericanos. Presentamos un resumen de las principales intervenciones farmacológicas, por etapas dentro de los árboles de decisiones para cada grupo de edad.

Algoritmo de Tratamiento Farmacológico para Niños (Figura 2 Y 3)

Etapas 1: Estimulantes

Se propondrá metilfenidato de 0.6 a 1 mg/kg/día, siendo cuidadoso de no sobrepasar dosis diarias mayores a los 72 mgrs. Las guías NICE (www.nice.org.uk/CG072) (documento Europeo de guía diagnóstico y terapéutico), han propuesto hasta 2.1 mg/kg/día alcanzando un total máximo de 90 mg/día. Si se utiliza metilfenidato de acción inmediata se preferirán tres tomas al día. Se evalúa la respuesta en dos semanas. En caso de no obtener respuesta se cambia de estimulante, si se utilizó el metilfenidato de acción inmediata deberá cambiarse a uno de acción prolongada; si se inició con un metilfenidato de acción prolongada se buscará el cambio de presentación (OROS, SODAS, DIFUCAPS). En los países donde exista disponibilidad se puede cambiar a anfetamina. Se evalúa la respuesta en dos semanas si es parcial se pasa a la Etapa 1A.

Etapas 2: Atomoxetina

La Atomoxetina deberá darse en dosis de 1.2 a 1.8 mgrs/kg/día, sin exceder la dosis de 120 mgrs/día. Se recomienda suspender gradualmente el estimulante prescrito en etapas previas y evaluar el efecto combinado durante la transición. La Atomoxetina se inicia con el 50% de la dosis por una semana y se instala posteriormente el 100% de la dosis recomendada; algunos autores recomiendan iniciar con 0.8, tener un segundo incremento de 1.2 y posteriormente alcanzar 1.5. La respuesta se evalúa 4 semanas después de alcanzada la dosis óptima. Si la respuesta es parcial se debe pasar a la Etapa 2A.

Etapas 3 Antidepresivos Tricíclicos (ADT), modafinilo y bupropión

La Atomoxetina debe retirarse gradualmente mientras se administran los ADT y evaluar los efectos de forma detallada incluyendo evaluación ECG basal y en cada incremento de la dosis. Aunque se han utilizado varios ADT, se recomienda el uso de la imipramina o desipramina la cual deberá administrarse gradualmente a razón de 4 mg/kg/día o máxima de 200

mgs/día y se evaluará la respuesta en 4 semanas, si fue parcial se cambia a modafinilo o bupropión. Se debe retirar gradualmente la desipramina mientras se instalan modafinilo o bupropión. El modafinilo se deberá prescribir a razón de 5.5mgs/kg/día, se recomienda no exceder dosis diarias de 400 mgs, la respuesta deberá evaluarse 4 semanas después de iniciado. El bupropión es un producto de venta original como antidepresivo, deberá prescribirse a razón de 150mgs/día, evaluarse en 4 semanas y de no obtenerse respuesta incrementar a 300 mgs/día en dos dosis y volver a considerar la respuesta 3 a 4 semanas después. Si la respuesta es parcial se cambia a la Etapa 3A.

Etapa 4: Agonistas Alfa adrenérgicos

Si el paciente tomaba modafinilo o bupropión deberán discontinuarse gradualmente e iniciar el uso de clonidina a dosis de 3 a 5 mg/kg/día en dos tomas al día, se deberá alcanzar esta dosis en el lapso de tres semanas y posteriormente en 4 semanas evaluar respuesta. Aunque aún no se ha distribuido en Latinoamérica, la dosis de guanfacina se recomienda de 1 a 3 mgs/día, la respuesta se evaluará en 3 semanas. Si la respuesta es parcial se pasa a la etapa 4A.

Etapa 5: Combinación u otros medicamentos

La combinación de medicamentos o el uso de otros medicamentos sólo podrán ser recomendados por un clínico médico psiquiatra, psiquiatra de niños y de adolescentes o por un neuropediatra con amplia experiencia en el tema. La combinación recomendada es la de metilfenidato y Atomoxetina. Si el paciente está tomando cualquier otro medicamento que no sean éstos, deberán suspenderse gradualmente. Se recomienda la toma del electrocardiograma. Iniciando con Atomoxetina se deberá llevar hasta 1.8 mgs/kg/día gradualmente consignando efectos colaterales y evaluar la respuesta a las 4 semanas, si ya se tiene esta dosis por este tiempo, se iniciará metilfenidato con instalación gradual dependiendo de efectos colaterales hasta 1 mg/kg/día y se evaluará la respuesta a la 1a o 2a semana. Si el paciente ya tiene instalado el metilfenidato, se verificará llegar a dosis de 1 mg/kg/día considerando efectos colaterales y se instalará de forma gradual la Atomoxetina hasta alcanzar 1.8 mgs/kg/día considerando los

efectos colaterales y se evaluará la respuesta a la cuarta semana. No se recomienda instalar ambos medicamentos de forma simultánea

Algoritmo de Tratamiento Farmacológico para Adolescentes (Figura 4)

Etapa 1: Estimulantes

Monoterapia con metilfenidato preferentemente de liberación prolongada/cambio a otra formulación de Estimulante o Anfetaminas en caso de no respuesta, respuesta parcial o efectos secundarios serios. Específicamente, cuando se ha comparado metilfenidato (MFD) con atomoxetina (ATX) la magnitud del efecto es mayor para MFD de acción corta y acción prolongada comparado con ATX (0.91 vs 0.95 vs 0.62 respectivamente) lo cual lo coloca como el medicamento de primera elección para el tratamiento de TDAH sin otra comorbilidad. Se recomienda utilizar las formulaciones de larga acción ya que la adherencia al tratamiento es mayor, además de que elimina la necesidad de administrar dosis durante los horarios de escuela. Aunque no es necesario iniciar la titulación con formulación de liberación inmediata si se recomienda iniciar con la dosis mínima e ir titulando gradualmente de acuerdo a la respuesta clínica. La dosis inicial sugerida es de 0.3 mg/kg/día pudiendo llegar a 1.2 mg/kg peso/día. En caso de respuesta nula o parcial a las 2 semanas semana de iniciado el tratamiento puede realizarse cambio a otra formulación de estimulantes o anfetaminas en el caso de los países que tengan acceso a ellas, y evaluar dos semanas más con esta nueva opción de tratamiento. Si la respuesta parcial se debe a no tolerancia de los efectos secundarios que pueden evitarse con otra formulación de estimulante (ej. de liberación inmediata) el cambio debe realizarse. En lo que respecta al término remisión en el TDAH en la mayoría de los estudios ha sido definido como una pérdida de estatus diagnóstico, síntomas mínimos o ausencia de esta basada en medidas estandarizadas para TDAH, acompañada de funcionamiento óptimo cuando los individuos han recibido tratamiento a dosis adecuadas. En los ensayos clínicos actuales respuestas, ha sido definida como una mejoría del 25 al 30% en el puntaje de síntomas en las escalas. Si la respuesta es parcial se pasa a la Etapa 1A.

Etapa 2: Atomoxetina

La atomoxetina fue aprobada en 2002 para su uso en el tratamiento de TDAH. Se recomienda iniciar a dosis de 0.5 mg/kg/día hasta alcanzar en

una a tres semanas después la dosis de 1.2 a 1.8 mg/kg/día en una sola dosis o dividido en dos dosis. La respuesta a se obtiene generalmente después de la cuarta semana de mantener el tratamiento en dosis terapéutica, por lo cual se sugiere evaluar respuesta a las 4 semanas, a partir de haber alcanzado la dosis terapéutica. Desde el 2005 han existido algunos reportes que vinculan a la atomoxetina con una mayor incidencia de ideación suicida y aunque estos estudios tienen ciertas dificultades metodológicas que hacen difícil dar como cierto esos resultados, se sugiere informar al paciente y su familia y mantener una vigilancia estrecha en los meses subsecuentes de iniciado el tratamiento. Si la respuesta es parcial se deberá realizar una reevaluación diagnóstica, si se confirma el TDAH se pasa a la Etapa 2A.

Etapa 3: Combinación de metilfenidato y atomoxetina

En caso de respuesta nula o parcial posterior a las 4 semanas de uso de atomoxetina a dosis terapéuticas más la intervención psicosocial, además de haber efectuado nuevamente una reevaluación diagnóstica completa con detección de eventos secundarios graves que interfieran con el apego al tratamiento, se puede agregar MFD como coadyuvante. En la actualidad solo existe un reporte de caso al respecto y un ensayo abierto piloto ^(65,66). Existen reportes anecdóticos de atomoxetina a dosis bajas (0.5-1.0 mg/kg/d) en combinación con estimulantes cuando estos últimos no cubren los síntomas que se presentan durante la tarde aún con las formulaciones de larga acción, también puede ser utilizado para reducir los síntomas de rebote ⁽²¹⁾. Este estadio es opcional dado que no existe evidencia médica científica suficiente que apoye esta práctica clínica, dependiendo también de la experiencia clínica del evaluador. Se sugiere, como en otras etapas, un monitoreo estrecho desde el inicio, de la FC, T/A, peso, y talla. La toma de un Electrocardiograma basal y después a los 3 ó 6 meses es una recomendación formal.

Etapa 4: Modafinilo o bupropión

Se sugiere esta fase en caso de intolerancia farmacológica o respuesta parcial o ineficaz a los fármacos del estadio 3. Esta etapa incluye otros medicamentos con mecanismo de acción diferente a los estimulantes y a la atomoxetina. El modafinilo y el bupropión han mostrado cierta evidencia científica con respecto a mejoría en los síntomas de TDAH pero aún no han

sido aprobados por la FDA para su uso en este padecimiento. La dosis del modafinilo utilizada en los principales estudios ha sido de 100-400 mg/día. El bupropión o anfebutamona ha sido aprobado por la FDA para el tratamiento de depresión adulta o dependencia a nicotina, existen dos ensayos clínicos controlados y un ensayo clínico aleatorizado comparativo con metilfenidato, los cuales demuestran su utilidad en el tratamiento de TDAH, principalmente en comorbilidad con uso y abuso de sustancias. La dosis sugerida es de 150-300 mg/día. En caso de intolerancia farmacológica o respuesta parcial o nula a las 4 semanas del medicamento previo se puede optar por el otro medicamento que no se utilizó en esta fase, es decir si se utilizó modafinilo cambiar a bupropión y viceversa. Si la respuesta es parcial se pasa a la Etapa 4A.

Etapa 5: otras opciones psicofarmacológicas

Si continuara la respuesta nula o parcial al tratamiento integral 4 a 6 semanas después de instalada la etapa 4 A se recomienda nuevamente evaluar el diagnóstico en general. Nuevamente confirmado el diagnóstico, existen otras opciones psicofarmacológicas con un nivel de evidencia científica mucho menor en adolescentes con TDAH, que se recomiendan para casos específicos en donde las opciones psicofarmacológicas: venlafaxina, reboxetina, ADT, clonidina y guanfacina.

FIGURA 2

ÁRBOL DE DECISIONES:
Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Preescolares Latinoamericanos con TDAH

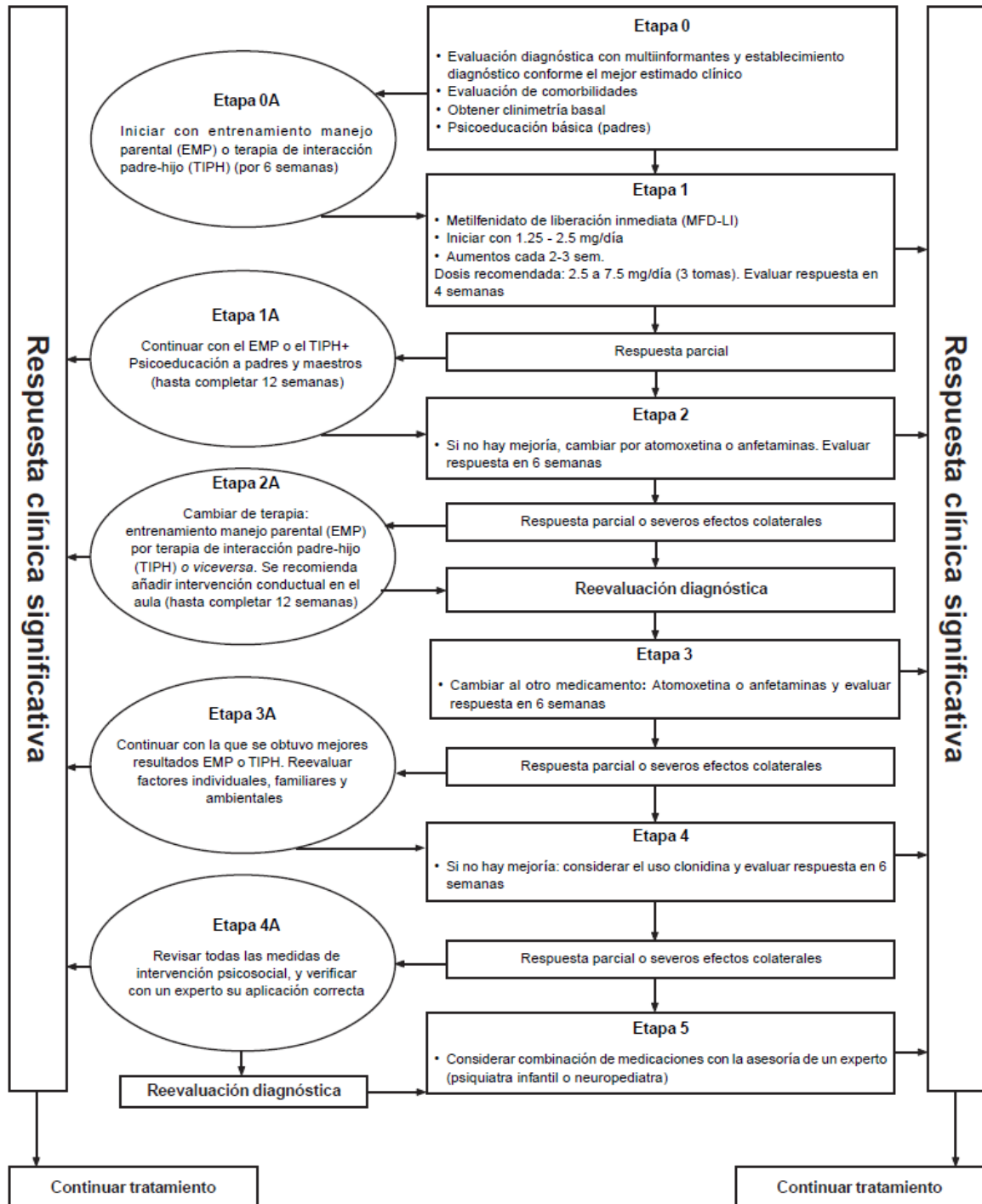
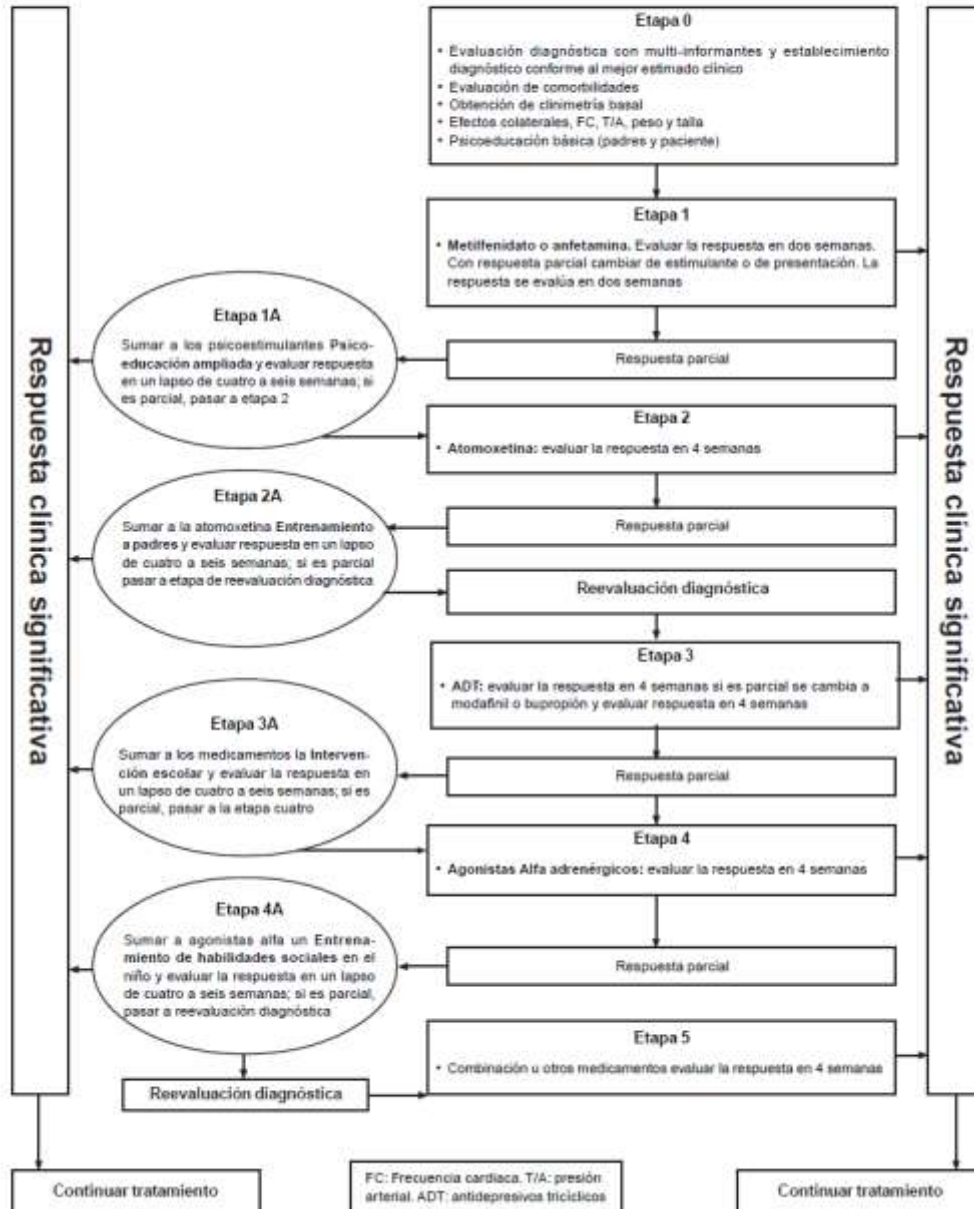


FIGURA 3

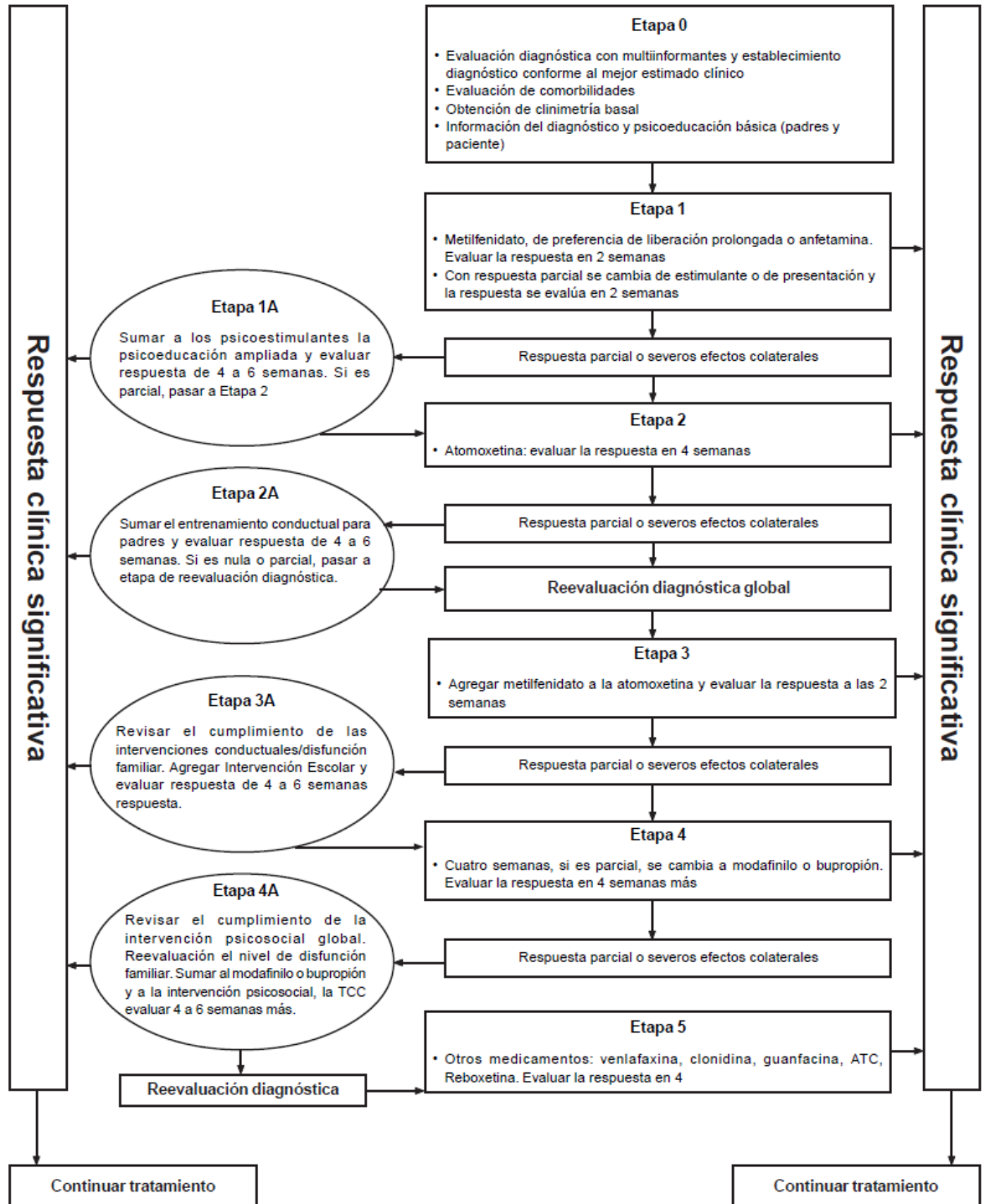
Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Escolares Latinoamericanos con TDAH

ÁRBOL DE DECISIONES:
Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Escolares Latinoamericanos con TDAH



FIGURRA 4

ÁRBOL DE DECISIONES:
Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Adolescentes Latinoamericanos con TDAH



CONCLUSIONES

El tratamiento farmacológico en niños y adolescentes con TDAH constituye la piedra angular del mismo. El tratamiento farmacológico debe acompañarse con intervenciones psicosociales. Tanto en niños y adolescentes se recomienda el uso de estimulantes como primera línea de tratamiento, tanto de acción inmediata como de acción prolongada. Se recomienda el uso de los árboles de decisiones para el uso de los diferentes medicamentos.

BIBLIOGRAFÍA

1. López-Ibor Aliño, Juan J. y Valdés Miyar, Manuel. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 2008 Edit: Masson, Madrid, España.
2. De la Peña Olvera, Francisco y Alemida Montes, Luis. El uso de antidepresivos y ansiolíticos en la infancia y la adolescencia., Salud Mental, 1994; 17:59-65.
3. . Birmaher, Boris. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with depressive disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007; 46:63-83.
4. Wellera, Elizabeth y Wellera, Ronald. Treatment Options in the management of adolescent depression. Journal of Affective Disorders, 2000; 61:S23-228.
5. Hetrick, Sarah, Mc Kenzie, Joanne y Merry, Sally. The Use of SSRIs in children and adolescents., Current Opinion in Psychiatry, 2010; 23: 53-57.
6. . Hughes, Carroll, y cols. Texas Children's Medication Algorithm Project: Update From Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Major Depressive Disorder. Journal of The American Academy of Child And adolescent Psychiatry, 2007; 46:667-686.
7. . Mc Voy, Molly y Findling, Robert. Child and Adolescent Psychopharmacology Update. Psychiatric Clinics Of North America, 2009;32:111-133.

8. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Multiaxial de los Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes, 2001, Clasificación de la CIE-10 de los Trastornos Mentales y del Comportamiento en Niños y Adolescentes, Madrid, España, Médica Panamericana,
9. Reinhardt Mv, Benetti L, Victor Mm, Grevet E, Belmonte-De-Abreu P, Faraone S Y Rohde L Is Age at onset criterion relevant for the response to methylphenidate in ADHD, , J Clin Psychiatry, 2007; 68:1-8,
10. Polanzky G, Silva de Lima M, Lessa HOrta B, Biederman J, Rohde L, The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis., Am J Psychiatry, 2007; 164:942-948.
11. Barkley Rousell. Comorbid disorders, social and family adjustment, and subtyping. En: Barkley R (ed). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. 2006. New York: Guilford Press.
12. Francisco de la Peña Olvera, Eduardo Barragán Pérez, Luis A. Rohde, Luis Rodrigo Patiño Durán, Patricia Zavaleta Ramírez, Rosa Elena Ulloa Flores, Ana María Isaac, Alejandra Murguía, Roberto Pallia, Marcela Larraguibel, Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Escolares Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), Salud Mental, 2009, 32(Supl 1):S17-S29.
13. Palacios Lino, Zavaleta Patricia, Patiño Rodrigo, Abadi Andrea, Díaz Daniela, Taddey Norma, Garrido Gabriela, Rubio Eusebio, Grañana Nora, Muñoz Christian, Sosa Liz, Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Adolescentes Latinoamericanos con TDAH, Salud Mental, 2009; 32(Supl 1):S31-S44

HOSPITALES DE DÍA EN SALUD MENTAL INFANTIL Y JUVENIL

DR. PEDRO JAVIER RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN

Aspectos generales

La prevalencia de los trastornos emocionales y del comportamiento en niños y adolescentes se estima en torno al 12%¹. La intervención terapéutica se puede realizar en dispositivos asistenciales no hospitalarios en la mayoría de las ocasiones. Sin embargo determinados procesos psicopatológicos severos o complejos conllevan una modalidad de intervención hospitalaria que se realiza en unidades de internamiento continuo o en unidades de hospitalización de día.

El hospital de día infantil y juvenil para niños y adolescentes es un dispositivo asistencial para el tratamiento intensivo de los trastornos mentales severos que aparecen en estos periodos de la vida. Los trastornos mentales severos producen dificultades en la vida familiar y social, interfieren en las capacidades académicas y en la integración laboral. Como resultado se deteriora la vida autónoma y se condiciona el desarrollo evolutivo del niño y del adolescente.

Los hospitales de día ocupan un lugar intermedio entre las unidades de hospitalización continua y la integración plena del niño o adolescente en su comunidad natural, la familia, su medio social, el centro educativo o el trabajo. La idea directriz que subyace es la no separación del paciente de su medio natural en el que vive, proporcionando al mismo tiempo una disponibilidad de recursos terapéuticos difíciles de establecer en el contexto ambulatorio. Constituye, por tanto, un servicio sanitario basado en un modelo de atención comunitaria².

Otras características destacables de los hospitales de día son la flexibilidad y versatilidad, aportando soluciones eficaces y novedosas a problemas como

la equidad y accesibilidad a los recursos sanitarios. También permiten disminuir la utilización de las unidades de internamiento continuo que suponen en muchas ocasiones largos y costosos ingresos hospitalarios. En este sentido, algunos estudios reflejan que el coste del ingreso en hospitalización continua quintuplica al de la hospitalización de día³.

Por todo ello, el tratamiento en régimen de hospitalización de día (o de hospitalización parcial como también se ha denominado) se ha convertido en los últimos años en una de las principales modalidades de intervención para niños y/o adolescentes con trastornos psicopatológicos graves.

Definición de Hospital de Día Infantil y Juvenil

En la actualidad se define hospital de día como un dispositivo asistencial intermedio entre la hospitalización continua y la vida en la comunidad que forma parte del dispositivo de atención a la salud mental infantil y juvenil y cuya finalidad es la de proporcionar un tratamiento intensivo y global de los trastornos mentales que aparecen en la infancia y en la adolescencia^{4,5}.

Los programas de hospitalización de día contemplan el abordaje de distintas patologías psiquiátricas y psicológicas con especial atención a aquellas más graves y que consumen más recursos, como las psicosis o trastornos afectivos severos. Se diferencia de la hospitalización continua en que permite a los pacientes una mejor integración sociofamiliar, ya que mantienen el contacto con familiares y amigos. También facilita que el colegio y la familia se impliquen en el proceso terapéutico.

FUNCIONAMIENTO

Objetivos

En términos generales, los objetivos principales que persigue el Hospital de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental son⁴:

- a) Actuar sobre los síntomas psiquiátricos mediante una estrategia multiprofesional.
- b) Aportar al paciente y su entorno estrategias de resolución de problemas y de afrontamiento para intervenir de manera eficiente sobre situaciones adversas actuales y prevenir la aparición de problemas futuros.

- c) Mejorar la calidad de vida y el grado de satisfacción del paciente con una adecuada adaptación a la realidad y reincorporación a la vida comunitaria.
- d) Promoción de conductas adaptativas del niño y adolescente con un trastorno mental grave mediante la mejora del funcionamiento del individuo en su entorno.
- e) Soporte integral a la familia con evaluación e intervención en las áreas en las que se detecten dificultades
- f) Coordinación con el colegio y/o entorno laboral para mejorar la integración y resolución de problemas que pudieran aparecer.

Para la consecución de los objetivos se debe realizar un Plan Terapéutico Individual que se ejecuta mediante un conjunto de actividades terapéuticas.

El Plan Terapéutico Individual

El Plan Terapéutico Individual (PTI) es el principal instrumento de trabajo de un hospital de día infantil y juvenil. Cada paciente tiene un PTI desde su admisión a la unidad. Se elabora periódicamente por todos los miembros del equipo y se va actualizando y reformando a medida que se detectan nuevos aspectos del paciente o su entorno. En él se recogen los objetivos terapéuticos principales así como todos los datos relevantes del caso. El PTI debe reflejar el diagnóstico, la evolución, modalidades terapéuticas, antecedentes destacables personales y familiares, etc. del paciente pero a la vez sirve para realizar una consulta rápida que clarifique alguna circunstancia concreta como por ejemplo la actitud a tomar por los terapeutas ante una crisis de agitación.

Actividades Terapéuticas

Se elaboran a partir del PTI. Las actividades terapéuticas en un hospital de día infantil y juvenil deben incluir los siguientes aspectos^{4, 5, 6}:

- a) Terapia y tratamiento psicofarmacológico individual.
- b) Programas de desarrollo de un nivel de autonomía ajustado a la edad cronológica del paciente, posibilitando la realización de actividades básicas de la vida diaria (vestido, aseo, alimentación, control de esfínteres, etc.) o actividades más complejas (ocio y tiempo libre, desplazamientos, manejo del dinero, limpieza, etc.).

- c) Tratamiento familiar con el fin de establecer una coherencia en las pautas educativas y mejorar las relaciones paternofiliales.
- d) Desarrollo de las habilidades sociales necesarias para que se establezca una adecuada relación social con los iguales y con el resto de familiares y adultos.
- e) Fomentar una adaptación normalizada a nivel escolar, favoreciendo el desarrollo de un adecuado hábito de estudio y la aceptación de las normas básicas que permita a los pacientes tener un buen rendimiento académico.
- f) Área social.
- g) Otras áreas de interés: sueño, sexualidad, juego y deporte...

EL HOSPITAL DE DÍA INFANTIL Y JUVENIL “DIEGO MATÍAS GUGOU Y COSTA”

Como ejemplo del funcionamiento de un hospital de día infantil y juvenil se exponen las características y funcionamiento del hospital de día infantil y juvenil “Diego Matías Guigou y Costa”. Dicho centro es un dispositivo terapéutico para niños y adolescentes de hasta 18 años con problemas de salud mental severos. Pertenece a la red sanitaria pública del Servicio Canario de Salud, que está integrado en el Sistema Nacional de Salud español.

En la actualidad es el hospital de día infantil y juvenil más grande de España, con capacidad para 50 pacientes. Cuenta con tres planta organizadas según edades:

1. (0-6 años) Primera planta: 1 sala de espera, recepción, administración, despacho de coordinación, 1 sala de psicomotricidad, 1 sala de terapia ocupacional, 2 almacenes, 1 sala polivalente para los mas pequeños, la biblioteca. Dos baños para los niños y dos baños en la recepción.
2. (7-12 años) Segunda planta: 1 Sala de espera polivalente, 1 despacho, 1 sala de juego libre, 1 sala de terapia ocupacional, 1 escuela, 1 consulta de enfermería, 2 baños para los niños, 1 cocina y los vestuarios del personal.

3. (13-18 años) Tercera planta: 1 sala de espera, 3 salas polivalentes, 1 almacén, 2 baños, 3 despachos y 1 cuarto de contención.

La derivación se realiza desde las unidades públicas de salud mental o desde los hospitales públicos, en donde se efectúa una intervención previa y se filtra la demanda. Esto produce que lleguen al hospital de día sólo los casos más graves o complejos.

Entre los diagnósticos más frecuentes se encuentran los trastornos de conducta, TDAH, psicosis, trastornos del desarrollo, etc.

A menudo estos pacientes proceden de un medio desfavorecido con problemas psicosociales asociados por lo que la intervención se complica y se precisa de un enfoque multiprofesional.

Se presta especial atención a la intervención familiar, tanto individual como a través de grupos de padres, así como a la relación con la escuela del niño o del adolescente. Además de atención individual, el hospital oferta numerosas actividades y programas grupales: Psicomotricidad, habilidades sociales, teatro, talleres, terapia ocupacional, educación para la salud, visitas a museos, grupos de juegos, etc.

Dado el ámbito provincial y la ubicación centralizada de este dispositivo, se facilita a los usuarios el medio de transporte necesario para que ningún niño o adolescente deje de recibir el tratamiento que precise por motivos de distancia geográfica⁷.

Personal del Hospital de Día

El personal del Hospital de Día Infantil y Juvenil “Diego Matías Guigou y Costa” lo componen los siguientes miembros:

- 2 psiquiatras infanto-juveniles
- 1 psicóloga clínica
- 1 pedagoga psicomotricista
- 1 terapeuta ocupacional
- 1 trabajadora social
- 1 maestra psicopedagoga
- 2 enfermeras
- 8 auxiliares de clínica
- 1 auxiliar administrativo

- 1 celador

Además, muchos profesionales en formación en psiquiatría, psicología y en las Maestrías de pedagogía y psicología clínica también se integran en el equipo durante sus periodos de rotación por el hospital de día.

Actividad, planificación y funcionamiento

El horario del hospital de día es de 8 a 15 horas, de lunes a viernes. En la planificación de objetivos próximos se encuentra la ampliación del horario hasta la tarde.

La organización de la actividad aparece señalada en la tabla I. Como norma general los pacientes se distribuyen en grupos de no más de 5 personas de similar edad que van rotando por las distintas salas en los que se desarrollan los talleres simultáneos. Sin embargo, la flexibilidad exigida a estos tipos de dispositivos asistenciales hace preferible adaptar la modalidad terapéutica a cada caso en concreto. Algunos pacientes se pueden beneficiar de unas semanas de asistencia a un programa individual, por ejemplo un debut psicótico en el que predomina la suspicacia y en el que la interacción grupal está deteriorada. En otros pacientes es preferible la agrupación por la patología que presentan y no por la edad, como por ejemplo los trastornos del desarrollo. En definitiva, debe primar la adaptación del dispositivo al paciente y no al contrario.

Algunos de los talleres y modalidades psicoterapéuticas, a modo de ejemplo, son:

- Taller de juego libre: Es un espacio donde el principal objetivo es el disfrute, enseñándoles a hacer un uso significativo y sano del tiempo libre, donde se proporciona un entorno en el cual el niño puede expresar o comunicar sus emociones, sentimientos, miedos,... a través del juego.
- Taller de habilidades sociales: El diseño del taller se realiza en función de la edad y de las necesidades específicas según el diagnóstico.
- Psicodrama: Se fomenta la expresividad de conflictos y la resolución de problemas interpersonales.

- Otros: Refuerzo educativo de actividades escolares, técnicas de relajación, expresión corporal, estimulación e integración sensorial, taller de autoconocimiento, taller de higiene y actividades de la vida diaria, taller de educación para la salud, etc.

La actividad terapéutica es la principal actividad. Sin embargo también se realizan otras funciones que sirven de soporte a los dispositivos de salud mental infantil y juvenil comunitarios. Las principales son:

- 1-Orientación diagnóstica en casos que planteen dificultad
- 2-Implementación o seguimiento de tratamientos ambulatorios complicados
- 3-Control evolutivo en casos relevantes por su complejidad

También se realizan labores de organización, gestión, coordinación, docencia e investigación. En este sentido se destacan las siguientes:

- Reuniones periódicas de coordinación con los responsables de los dispositivos asistenciales de psiquiatría de adultos.
- Reuniones mensuales con los facultativos de la red de salud mental infantil y juvenil de toda la provincia. Al finalizar dichas reuniones se discuten casos clínicos.
- Participación en los programas de registro y objetivos de gestión que se plantean desde el equipo directivo del Gobierno de Canarias.
- Desarrollo de programas de investigación. En este sentido existen líneas de colaboración con otras entidades sanitarias, universidades, etc.
- Formación de alumnos de postgrado, médicos y psicólogos en formación, alumnos de distintas Maestrías de pedagogía y psicología, etc.

TABLA I: DISTRIBUCIÓN DE LA ACTIVIDAD EN EL HOSPITAL DE DÍA INFANTIL Y JUVENIL “DIEGO MATÍAS GUIGOU Y COSTA” (RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES PRINCIPALES)

DISTRIBUCIÓN DE LA ACTIVIDAD	
HORA	ACTIVIDAD
8:00-8:30	Preparación de actividades: material, sala, puesta en común de las indicaciones terapéuticas para el desarrollo de la actividad.
8:30-9:00	Reunión de equipo de hospital de día: asignación de los pacientes a las distintas actividades, se comentan los casos más relevantes del día, se revisan los objetivos del PTI (Plan Terapéutico Individual) y se decide acerca de las estrategias específicas de intervención a seguir con cada uno de ellos en base a los objetivos propuestos.
9:00-9:30	Buenos Días: Reunión con los niños y adolescentes para comentar las actividades a realizar a lo largo de la mañana. Primera valoración de su estado anímico y comportamental. Recuerdo de las normas, división de los grupos y bienvenida de los nuevos pacientes.
9:30-10:15	Talleres simultáneos: Individuales y grupales por edad.
10:15-11:00	Talleres simultáneos.
11:00-11:30	Desayuno e higiene: donde se supervisa la alimentación, el comportamiento y la higiene de los niños y adolescentes.
11:30-12:15	Talleres simultáneos.
12:15-13:00	Talleres simultáneos.
13:00-13:45	Talleres simultáneos.
13:15-14:00	Cierre: Al finalizar el plan del día con los niños, se les ayuda a identificar y verbalizar cómo se han sentido y a que hagan una autovaloración de su comportamiento y actitudes.
14:00-15:00	Reunión de equipo del hospital de día: Valoración y análisis de actitudes, emociones y comportamiento de los niños y adolescentes. Valoración de las actividades/programas que se han llevado a cabo en función del PTI y modificación del mismo si procede. Se registran las incidencias destacables de cada paciente.
*Se realiza psicoterapia individual y grupal, psicoterapia familiar, reuniones con grupos de padres y reuniones de coordinación simultáneamente a la actividad con los niños y adolescentes.	

CONCLUSIONES

El hospital de día infantil y juvenil constituye un dispositivo asistencial útil y eficiente para el tratamiento de los trastornos mentales graves. Los recursos de los que dispone permiten incidir en aspectos importantes de la enfermedad psiquiátrica que serían difíciles de llevar a cabo desde otro lugar. Algunos de esos aspectos son la intervención sobre la familia y el entorno, la coordinación con el ambiente educativo y social o la aplicación de modalidades terapéuticas que mejoran no sólo la sintomatología psiquiátrica sino también la adaptación al medio o el sufrimiento psíquico.

En definitiva, el hospital de día infantil y juvenil ayuda a reducir los ingresos hospitalarios, e incluso a evitarlos, proporcionando una alternativa que posibilita la permanencia del niño o adolescente en su medio familiar y social con las ventajas que esto conlleva: menor alteración e impacto en la dinámica de la vida del niño y su familia y reducción del gasto sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Bird HR. Epidemiology of Childhood Disorders in a Cross-Cultural Context. *J Child Psychol Psychiatry* 1996; 37:35-49.
- 2- Javaloyes MA, Escamilla I, Gamazo P, Fuentes M. Hospitalización de niños y adolescentes. In: Soutullo C, Mardomingo MJ, coord. *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 411-419.
- 3- Zimet SG, Farley GK. Day treatment of children in the United States. *J Am Acad Child Psychiatry* 1985; 24:732-8.
- 4- Jiménez A. Hospital de día psiquiátrico para niños y adolescentes. *Rev. Asoc Esp Neuropsiq* 2001; 77:115-124.
- 5- Pedreira JL. Los hospitales de día en la atención de los trastornos mentales de la adolescencia: Orientación terapéutica. *Rev. Psiquiatr Psicol Niño y Adolesc* 2001; 2: 68-92.

6-Díaz-Sibaja MA, Trujillo A, Peris-Mencheta L. Hospital de Día Infanto-Juvenil: Programas de tratamiento. Rev. Psiquiatr Psicol Niño y Adolesc 2007; 7:80-99.

7-Grupo de Profesionales del Servicio Canario de Salud. Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad de Canarias. Ed.: Gobierno de Canarias 2006.



CAPÍTULO 27

**MÁS ALLÁ DE LA FARMACOTERAPIA
ABORDAJES MULTIDISCIPLINARIOS EN
SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL**

TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS

GENERALIDADES

DR. ROBERTO PALLIA

INTRODUCCIÓN

La asistencia de niños y adolescentes en Salud Mental y Psiquiatría de Niños y Adolescentes, tiene la particularidad de incluir a la Familia en toda consideración tanto en el diagnóstico como en el diseño del plan terapéutico. Este es un aspecto central, ya que la familia tendrá impacto en la cuestión que motiva la consulta y en los pasos necesarios para la solución del problema.

Desde una perspectiva neurocientífica, para que se desarrolle un trastorno psicopatológico, tienen influencia factores genéticos, biológicos (Natura) en interacción con factores medioambientales (Nurtura) que imbrican experiencias emocionales, vinculares, cognitivas, sociales y de contexto comunitario.

Los tratamientos abarcan recursos psicofarmacológicos y recursos no farmacológicos que contemplan estrategias psicoterapéuticas individuales, familiares, grupales, intervenciones cognitivas y sociales entre otras. Si bien desde una perspectiva neurocientífica se puede poner el acento terapéutico en una serie de variables de interjuego centradas en lo biológico y al aporte de una fisiopatología de los trastornos mentales, también reconoce el efecto de la psicoterapia sobre la modulación de la neurotransmisión y la neuroplasticidad.

La resolución de problemas emocionales o de trastornos psicopatológicos, requerirá distinto tipo de intervenciones relacionadas con la hipótesis diagnóstica y la gravedad del problema, que no solo depende de la intensidad, fijeza y penetrancia de los síntomas sino también de las limitaciones que ocasionan en el particular momento del desarrollo del

paciente como en las potenciales dificultades en aspectos cognitivos y sociales.

En población infanto juvenil, las intervenciones no se limitan al plan terapéutico con el paciente individual en los campos psico y farmacoterapéutico. Hay intervenciones “terapéuticas” en otras áreas del desarrollo (Psicopedagogía, Psicomotricidad, Terapia Ocupacional) y con foco en lo social (docentes de apoyo, grupos comunitarios, acompañamiento terapéutico, recursos de asistencia social) que aportan inmensos beneficios.

En otros capítulos fueron desarrolladas estrategias Psicofarmacológicas para distintos trastornos, aquí desarrollaremos estrategias terapéuticas no farmacológicas, útiles complementando los tratamientos psicofarmacológicos, y cuando no se requiere medicación.

Vale la pena mencionar otro de los factores determinantes en la elección de un plan de tratamiento, la disponibilidad de recursos profesionales. Como es habitual en Latinoamérica, hay gran disparidad entre las grandes ciudades y pueblos más alejados con menor cantidad de recursos económicos, asistenciales y profesionales. El mejor plan de tratamiento es el que la familia pueda sostener, para ello el profesional en Salud Mental y Psiquiatría con Niños y Adolescentes debe reconocer factores culturales, sociales, económicos y de recursos locales.

Para muchas familias, la consulta a profesionales de Salud Mental y Psiquiatría Infanto Juvenil, es mal vista, queda relacionada al estigma de la “locura”, de la crítica, de la exposición de cuestiones privadas, y tienden a evitarla y ocultarla. El problema es que se puedan perder oportunidades de prevención, detección y tratamientos tempranos. Más aún se juega a nivel de la resistencia, cuando parte del tratamiento incluye psicofarmacología.

El exponer ante un “extraño” cuestiones consideradas íntimas, el conocer a un “nuevo” profesional de la salud que se ocupará de temas emocionales que frecuentemente prefieren que maneje el médico de familia, el pediatra o incluso el consejero espiritual, será uno de los obstáculos a superar para lograr confianza terapéutica.

Para la elaboración de un adecuado plan de tratamiento, debemos partir de una adecuada evaluación diagnóstica. A partir de ella no solo arribaremos a un diagnóstico amplio del paciente y su familia, sino que propondremos las

mejores opciones terapéuticas. Es prioritario definir porqué tratamos la paciente, cuáles serán los objetivos del tratamiento.

OBJETIVOS DE LAS INTERVENCIONES NO PSICOFARMACOLÓGICAS

En muchos países latinoamericanos, con profundas influencias psicoanalíticas en las concepciones del desarrollo y de las psicoterapias, no se estila proponer objetivos al tratamiento, sino que se propone seguir las motivaciones (inconscientes) del paciente y desde allí intervenir terapéuticamente.

El trabajo con niños, implica tener muy presente que las producciones lúdicas son el prólogo del análisis del discurso, por lo tanto el juego y la producción gráfica del niño, serán el material de trabajo psicoterapéutico.

En modelos cognitivo conductuales, es corriente plantear objetivos, metas y tiempos terapéuticos.

Para quien deba realizar una indicación terapéutica, será central a la hora de sugerir un plan de tratamiento, discernir qué tipo de abordaje psicoterapéutico será el que beneficie al paciente, y además si se cuenta con el recurso humano capaz de llevarlo adelante. Muchas veces se frustran tratamientos porque la indicación técnicamente estuvo “bien realizada”, pero, no es posible implementarla. Como ejemplo, damos la sugerencia de un modelo terapéutico pero no contamos con el profesional capacitado para ello: indicamos psicoterapia cognitivo conductual pero el paciente llega a un psicoanalista; o indicamos psicopedagogía con enfoque neurocognitivo y donde vive el niño o el joven no hay psicopedagogas; o enviamos a un paciente a un profesional privado que la familia no tiene posibilidades económicas de sostenerlo. He aquí un punto sensible a la hora de indicar un tratamiento, con qué recursos cuenta la familia, ¿tiene cobertura social mediante obra social, tiene un prepago médico o depende de la asistencia en salud provista por el estado? La familia debe poder incluir el tratamiento dentro de sus posibilidades *reales*. Los tratamientos en los niños y jóvenes pueden ser prolongados, las psicoterapias son eficaces cuando cuenta el terapeuta con el tiempo en sesiones necesario independientemente del marco

teórico, si es psicoanalítico suele ser prolongado y relacionado con períodos evolutivos, si es cognitivo puede requerir re-tratamientos.

Por las características de vinculación de los niños, jóvenes y sus familias, conviene mantener un sólido vínculo terapéutico con un profesional que forma “equipo” con el niño y su familia. No es bueno rotar de terapeutas por motivos previsibles en el diseño del plan terapéutico.

De todos modos, vale la pena mencionar, que independientemente del marco teórico del psicoterapeuta, siempre es beneficioso (para el paciente) tener una serie de objetivos a lograr con el tratamiento. Primero porque es bueno saber qué tiene que mejorar en la vida del paciente; porque es bueno dar un alta en el momento adecuado sin prolongar innecesariamente psicoterapias (con alto costo para la familia o para el sistema de salud), además, la prolongación innecesaria suele marcar negativamente un proceso terapéutico. Segundo porque lo previsto en un diagnóstico puede variar en el tiempo, por el propio desarrollo cognitivo y emocional del paciente, por cambios en la familia, por nuevos conflictos o vicisitudes de la vida que imponen nuevas urgencias, por la “evolución natural” del cuadro, porque como suele suceder en niños el diagnóstico ha variado.

El Tratamiento o el Plan de Tratamiento

Quien evalúa a un niño, joven y su familia, puede “indicar”, tal psicofármaco o tal psicoterapia.

Si indicó sólo psicofarmacoterapia (práctica muy desaconsejable), y luego requiere una segunda intervención, puede ser leído como un fracaso en el tratamiento. Ídem si indicó una psicoterapia y luego quiere indicar psicofármacos o un tratamiento psicopedagógico. Éste es el ejemplo de indicar un “Tratamiento”.

Si el evaluador indica, según la “hipótesis diagnóstica” a la que arriba, las opciones terapéuticas para el caso, le queda un margen de readecuar la estrategia y recursos del tratamiento ofreciendo la mejor alternativa para ese momento del paciente y su familia, he aquí un Plan de Tratamiento. Veamos un ejemplo:

Ante un niño con diagnóstico de TDAH, con problemas de aprendizaje asociado y una severa conducta disruptiva en el marco de una familia

disfuncional, siguiendo el modelo multimodal de abordaje, anticipamos que requeriremos una serie de recursos terapéuticos:

- **Psicofarmacoterapia**
- **Psicoeducación**
- **Abordaje Familiar**
- **Psicoterapia Individual**
- **Psicopedagogía / Maestro de Apoyo**

Aquí debemos ofrecer las alternativas de tratamiento a la familia y debemos adecuarla a las necesidades evolutivas, sociales y cognitivas del niño, teniendo en cuenta las urgencias, del paciente, de la familia, de la escuela.

También, el plan de tratamiento tiene que encuadrar en la vida “normal” del niño y la familia.

¿Indicaremos todos los recursos al mismo tiempo?, ¿elegiremos los emergentes centrales en ese momento?, ¿cómo plantearemos las alternativas ante la no respuesta a la indicación?, este será el “arte” de la indicación y del manejo del plan de tratamiento. No toda indicación tiene oportunidad terapéutica cuando la sugerimos, necesitamos evaluar cuánto interfiere en el desarrollo y la vida del niño cada uno de los problemas detectados, entonces conviene anticipar los recursos necesarios como una estrategia actual y a futuro, contemplada dentro de lo posible en la evolución de cuadro de base.

Lo mismo pasaría en el caso hipotético planteado con el tema psicofármacos, se medica el TDAH, se medica la conducta disruptiva, ¿cómo?, y se indicaron psicofármacos ¿se trabaja psicoeducativamente con el niño o con sus padres o con el grupo familiar?, se incluye una maestra de apoyo (para el apoyo cognitivo) o una maestra integradora (focalizando en las conductas disruptivas)?

En el caso de la familia, ¿cuánto influye en los problemas del niño?, ¿acepta los problemas del niño o los proyecta en los compañeros de escuela y en la maestra?, ¿con qué estrategia se trabajará con ella?, ¿acepta utilizar medicación?, es confiable en el manejo de la medicación?, ¿cumple con las sugerencias de tratamiento?

Cómo evolucionará cada uno de los problemas “naturalmente” (o sea, sin intervención), mejorarán, empeorarán, se mantendrán invariables. Sabemos que los problemas tienden a permanecer en el tiempo, posiblemente cambien su manifestación clínica, o se agraven. En el trabajo con niños y adolescentes además de la sintomatología importa el impacto sobre aspectos del desarrollo, cognitivos, sociales, autonomía, autoestima, en síntesis como se va modelando la construcción de la personalidad.

El plan de tratamiento implica mantener una postura abierta ante los cambios y plástica en el manejo de las estrategias y recursos de tratamiento más adecuados para cada momento evolutivo y vital, intentando mejorar el trastorno clínico y favoreciendo la continuidad del desarrollo.

PSICOEDUCACIÓN

La Psicoeducación consiste en una valiosa herramienta para aportar información realista sobre el problema por el cual consulta un niño o adolescente con su familia. Es muy importante que la familia cuente con información sobre las causas conocidas relacionadas con el cuadro, la importancia del peso hereditario, los factores de crianza involucrados, los factores ambientales y sociales, los factores cognitivos, el pronóstico sin tratamiento, las expectativas de recuperación con tratamiento, los recursos necesarios, sus alcances y limitaciones, cuánto tiempo se deberá trabajar, cuales son las complicaciones posibles y que cuidados hay que tener con respecto al paciente y a la familia.

Sabemos que muchos mitos circularon y circulan alrededor de la enfermedad mental, las “posesiones”, los “trabajos” contra alguien, “maldiciones”, etc. También las atribuciones a factores de crianza de temas originados por fallos en el neurodesarrollo como los trastornos del espectro autista. Muchas veces se confunde el gatillo de un cuadro con la causa. También se puede proyectar en otro la responsabilidad de generar un problema, bastante típico en los TDAH, la familia apunta a “una mala maestra” o a que el niño “está en un mal ambiente” de pares.

Lo mismo sobre los Psicofármacos, mucha gente piensa que al administrar un medicamento, se intoxicará al niño o se generará un futuro adicto. Otros

piensan que el medicamento mejorará el 100% del problema o que será “curativo”.

En ocasiones también se intenta manipular la información para perjudicar al otro padre ante situaciones de separaciones conflictivas.

Lo anterior será material de trabajo central en el inicio de la implementación de un plan de tratamiento. El objetivo es lograr la comprensión del paciente y su familia para mejorar la adherencia al tratamiento, evitar las transgresiones o las negativas familiares a realizar parte del tratamiento como no avisar a la escuela del tratamiento cuando es pertinente hacerlo o no administrar la medicación con la frecuencia o las dosis adecuadas.

PSICOTERAPIAS

Individual

En la psicoterapia individual el foco del tratamiento estará centrado en el niño o el adolescente, el objetivo será modificar la sintomatología emocional que afecta al paciente. Dependiendo del modelo teórico se centrará en los conflictos del desarrollo o en las conductas sintomáticas.

Uno de los cuidados será mantener a la familia implicada en el tratamiento, por ejemplo con Entrevistas de Orientación a Padres (en general con frecuencia mensual) o con Psicoterapia Familiar (que luego será desarrollada, pero adelantemos que se desarrolla un mayor trabajo sobre cuestiones que implican a todo el grupo familiar y su dinámica e interacciones y no solo al manejo parental de la crianza).

El trabajo con padres y familia, protege al paciente identificado de ser el depositario de conflictos familiares proyectados sobre el mismo. Los niños, cuanto más pequeño, son más “vulnerables” a los estados anímicos y conflictos de los padres, pueden desarrollar sintomatología relacionada con dificultades vinculares primarias y por conflictos en el seno de la familia. Es bien conocida la respuesta de ansiedad, distimia, irritabilidad, problemas de la alimentación en niños de primera infancia cuya madre cursa un cuadro depresivo. También los niños ante situaciones ocultas de violencia familiar pueden mostrarse sintomáticos tanto en el modo ansioso-depresivo como de berrinches y dificultades conductuales impulsivo-agresivas.

Ejemplo clínico: niño de 8 años de edad con cuadro agudo de fobia escolar con intensa ansiedad de separación de su madre, no se registraron antecedentes medioambientales que pudieran ser el gatillo, sin embargo en la evaluación psicodiagnóstica, aparecía reiteradamente una temática de “secretos”, se inició el trabajo Psicoterapéutico individual con Orientación a Padres, se recurrió a Psicofarmacoterapia. El niño fue mejorando paulatinamente, pero en una entrevista individual, la madre comentó que tenía una relación sentimental extramatrimonial y pensaba que ello podría estar afectando al niño. Cuando la madre se dedicó a resolver su situación, el niño mejoró notablemente. No olvidemos que los niños perciben gran cantidad de información del medio, y que pueden procesar mucho más de lo que pueden comprender mentalmente.

Obviamente procesan la información de acuerdo al nivel de desarrollo emocional y cognitivo.

Entonces, la Psicoterapia Individual, estará destinada a trabajar aspectos del desarrollo del paciente que hacen a su propia construcción de la personalidad, a aspectos relacionados con sus fantasías o sobre sus cogniciones, en la elaboración de situaciones potencialmente traumáticas, en el desarrollo de estrategias de afrontamiento de síntomas limitantes, a desarrollar estrategias relacionales, entre otras.

Grupal

El recurso grupal es un muy buen recurso terapéutico con niños y particularmente con adolescentes.

Los pacientes con dificultades en la interacción social, trastornos de ansiedad, situaciones traumáticas, pueden beneficiarse con este recurso.

Hay que tener varios cuidados antes de iniciar un grupo, los pacientes deben evaluarse previamente, es conveniente que tengan un nivel de desarrollo similar y de dificultades que puedan ser trabajables en el grupo (por ejemplo si en el grupo predominan temáticas de dificultades de adaptación, ansiedad o distimia, no será conveniente incluir pacientes con problemática dentro del espectro de las psicosis), se deben fijar las temáticas y objetivos, se debe definir si se tratará de un grupo abierto (pueden integrarse otros miembros cuando ya se ha iniciado) o cerrado (no se incluyen nuevos miembros).

Se deberá definir si se toman pacientes con diversas psicopatologías o sólo de una (por ejemplo sólo pacientes con problemas de abuso de alcohol y sustancias).

También depende si se trata de un grupo de pacientes ambulatorios o de pacientes institucionalizado en hospital de día o internación, donde se trabajarán los emergentes institucionales.

Familiar

Los abordajes familiares en los Planes de Tratamiento con niños y adolescentes son centrales. Ambos grupos etarios dependen de la constelación familiar tanto en cuanto a la génesis de los problemas como en la resolución.

La familia primero debe comprender las hipótesis del profesional en cuanto a la génesis del trastorno, hay alta carga genética?, es una cuestión de azar genético?, fueron cuestiones de crianza?, hubo incidencia de factores traumáticos?, si la hubo, los mismos fueron intrafamiliares, en el medio donde se desenvuelve el niño o en la comunidad? Como ejemplos un niño con un Trastorno Generalizado del Desarrollo con perfil de Autismo Infantil mutista y con Retraso Mental asociado, debe quedar claro para los padres la vulnerabilidad genética y en el neurodesarrollo, y si bien se sabe que los factores de crianza no fueron la causa de TGD, sí incidirán en la calidad de vida del niño y su familia a lo largo de su vida. Si se trata de un problema de Retraso Mental significativo, sin causa evidenciable, debe quedar claro para los padres que es una situación azarosa y no relacionada con la crianza. Los casos anteriores, además del proceso psicoeducativo, se ayudará a trabajar la culpa que sienten habitualmente los padres al “sentir” que fueron ellos los generadores del cuadro psicopatológico. Será muy importante tener a la familia como parte activa del plan de tratamiento, las culpas mal elaboradas suele devenir en negación y rechazo y en pautas de crianza inadecuadas con límites exageradamente laxos o rígidos, con tendencia a la dependencia inadecuada o a la exposición a situaciones que exceden las capacidades del paciente y resultan también inadecuadas.

Si hubo cuestiones de crianza, se trabajará según la edad del niño favoreciendo la vinculación entre éste y sus vínculos primarios.

Si hubo factores traumáticos (abuso en cualquiera de sus formas: negligencia, físico o sexual) intrafamiliares habrá que develarlos y trabajarlos, lo mismo si ocurriesen en el medio donde circula el niño (por ejemplo la escuela o su grupo de pares).

Si se tratase de una cuestión comunitaria como en situaciones de catástrofe (naturales, terrorismo, accidentes masivos), la familia se incluirá en los planes de abordaje que incluyan a otras familias afectadas.

De acuerdo al nivel de conflictiva, la familia puede llegar a realizar un trabajo intenso, muchos resisten el mismo aduciendo que “el único problema es solo el niño o el adolescente enfermo”, desde ya, no hay que tomar a la ligera esta hipótesis, que puede ser una defensa familiar que poco ayuda al paciente identificado y su grupo. No es infrecuente ver que el paciente identificado mejore y si la familia no trabajó sus relaciones, otro miembro enferma.

Otro punto importante es la inclusión de los hermanos en el proceso terapéutico familiar.

PSICOPEDAGOGÍA Y RECURSOS DE APOYO PARA EL APRENDIZAJE

Psicopedagogía

Consiste en la terapia ligada al trabajo sobre estructuras ligadas a los procesos de aprendizaje. Se basan en general en la teoría desarrollada por Piaget sobre el desarrollo de los esquemas de aprendizaje y actualmente en las teorías neurocognitivas. Son centrales para el trabajo en pacientes con trastornos específicos del aprendizaje y en las disfunciones ejecutivas ligadas entre otras al TDAH.

Apoyo docente

Si bien no constituye un recurso dentro de los psicoterapéuticos, el apoyo docente extracurricular o basado en la integración del niño al medio escolar puede ser muy importante como puente entre el niño, la escuela, la familia y el equipo tratante, por ejemplo en niños con TDAH, TGD, etc.

Interacción profesionales / escuela

La escuela constituye un eje central en la vida del niño y del adolescente. Además de pasar el niño gran cantidad de horas, constituye la base de la interacción social extrafamiliar y la plataforma del desarrollo cognitivo.

Si el niño no puede realizar una buena adecuación al medio escolar pierde la base de su inserción al contexto social. Desde ya, los terapeutas no pueden asistir al paciente en la escuela, pero, sí se pueden acordar con la familia y la escuela estrategias de apoyo al paciente durante la jornada escolar a través de adecuaciones en los contenidos curriculares, una maestra integradora cuando se pone el foco en el desarrollo del aprendizaje o un acompañante terapéutico cuando se pone el foco en el desarrollo de la interacción social.

OTRAS

Psicomotricidad

La Psicomotricidad se centra la interacción de aspectos emocionales con la motricidad.

Terapia Ocupacional

La TO, se centra en el desarrollo de los recursos pragmáticos del paciente en relación con sus recursos emocionales y del desarrollo.

Recursos sociales

Como recursos sociales, llamamos a los recursos no psicoterapéuticos, pero que sí se destinan a apuntalar la relación del paciente con su ambiente. Entre ellos podemos considerar el Acompañamiento Terapéutico Domiciliario, herramienta clave en psicopatología que deteriora funciones de autonomía y de interacción social, como en niños con TGD, Trastornos Psicóticos, Bipolaridad, TDAH severos. También para apoyo familiar en situaciones críticas como amenaza suicida, crisis psicóticas agudas, también cuando se realiza la transición entre un proceso de internación y la reinserción a la vida familiar y tratamientos ambulatorios.

Recurso Legal

Cuando se presentan situaciones relacionadas con Negligencia en el cuidado de las necesidades básicas del niño/adolescente, Abuso Físico o Sexual, incumplimiento de prescripciones médicas que ponen en riesgo la salud del paciente, situaciones de violencia familiar o alguna otra situación que

amerite la “protección del menor en riesgo” se recurrirá a los Servicios Sociales y Legales que aseguren la integridad del menor en riesgo.

El profesional en Salud Mental y Psiquiatría con Niños y Adolescentes debería ser respaldado por el sistema local de protección de la minoridad en los aspectos sociales y legales.

RECURSOS INSTITUCIONALES

Centro Educativo Terapéutico

Se trata de un dispositivo psicoterapéutico en sentido amplio con un diseño de modelo escolar. Incluye áreas típicas de una escuela en cuanto a las rutinas (uniforme, elementos escolares, recreación), más actividades de perfil psicoterapéutico individual y grupal, Psicopedagogía, Psicomotricidad, TO, etc.

Hospital de día

El Hospital de Día, es un dispositivo de perfil psicoterapéutico interdisciplinario intensivo, el paciente concurre varios días por semana durante varias horas (4 a 6). Unas veces el complemento de un proceso de internación, pero también puede ser un recurso para pacientes severos que pueden manejarse en un modelo ambulatorio.

INTERNACIÓN EN AGUDO

¿Por qué se llega a internar a un niño o adolescente?

Porque no es posible sostener los cuidados y tratamientos del niño en su medio familiar. Ésta situación es muy crítica tanto para el niño como para su familia. No poder sostenerlo tiene que ver con el riesgo que representa la sintomatología para el niño y su familia. Si el paciente ya presentaba dificultades habrá que evaluar los motivos de la descompensación. Si la descompensación es súbita tendremos que plantear los diagnósticos diferenciales que llevaron al niño o adolescente a esa crisis. Cabe mencionar que en muchas regiones, la disponibilidad de camas para una adecuada internación psiquiátrica de niños y de adolescentes tempranos (<14 años), es un serio problema asistencial.

Las necesidades son muy especializadas en cuanto a los recursos físicos (ambiente adecuado, seguridad, espacio para el acompañante adulto que la

Ley exige), a recursos humanos (enfermería especializada, psicólogos, psiquiatras, asistentes de sala, etc.).

Las necesidades de internación de niños pequeños muchas veces se canalizan en salas de clínica pediátrica, siempre y cuando el paciente no muestre un nivel de auto o heteroagresión que implique riesgo para sí o para terceros. Es muy importante contar con un ambiente con la seguridad necesaria.

Las situaciones que ameriten internación aguda en edades infanto juveniles pueden ser:

- Excitación psicomotriz (varias causas pueden llevar a este cuadro, inicio de “brote” psicótico, peoría de síntomas psicóticos en un paciente ya diagnosticado, descompensación en un paciente con TGD, exposición a situaciones traumáticas (violencia, abuso en todas sus formas) , abuso de alcohol y sustancias, etc.
- Auto o heteroagresión que no cede con la implementación de un tratamiento ambulatorio tanto psico como farmacoterapéutico.
- Intento de suicidio
- Crisis Maníaca
- Crisis de TOC
- Crisis de ansiedad que no responden al tratamiento
- Brote psicótico con riesgo para sí o terceros
- Necesidad de aclarar un diagnóstico complejo no resuelto de manera ambulatoria
- Cambios de medicación psicofarmacológica

RECURSOS PROFESIONALES

Éste es un punto sensible relacionado con la efectividad de la internación psiquiátrica.

Sin recursos es difícil arribar a la contención de una situación crítica, a la revisión de diagnóstico, tratamiento y tratamiento al alta. El niño o el adolescente deben tener una serie de actividades no solo de cuidado y protección, sino también de restablecimiento de contacto con las personas

pensando que el desarrollo emocional no debe interrumpirse. Los niños internados deben contar con la oportunidad de desarrollar actividades lúdicas, individuales y grupales, actividades que contemplan sus habilidades cognitivas, su necesidad motora, actividades sociales y recreativas, el cuidado y restablecimiento de las relaciones intrafamiliares: padres, hermanos, familia ampliada. Como cuestión principal se trabajará sobre aspectos emocionales del niño ligados a la psicopatología que lo llevó a la descompensación. Lo mismo vale para la familia, particularmente si hay situaciones familiares que induzcan, o favorezcan la sintomatología del paciente. No hay que olvidar en este trabajo a los hermanos del paciente. Desde ya el recurso de psiquiatra de niños y adolescentes será imprescindible para el manejo diagnóstico y psicofarmacológico del momento crítico, en la estabilización y en el plan de tratamiento luego del alta, cómo se trabajará a futuro, para el restablecimiento de las funciones emocionales, cognitivas, sociales y para tratar de evitar nuevas descompensaciones.

INTERNACIÓN PROLONGADA

Así como la internación por una crisis implica una rápida adecuación de la familia, la internación por períodos prolongados implica una familia que ya no tiene recursos para sostener una situación psicopatológica prolongada en el tiempo.

Los cuadros relacionados con ésta suelen ser pacientes con retraso mental severo, con TGD a polo mutista o iterativamente autolesivos, cuadros de esquizofrenia o psicosis NE que requieren cuidados y asistencia permanentes por la no remisión de los delirios alucinaciones que generan acting outs de riesgo.

En estos casos la familia suele haber realizado una serie de tratamientos y suele tomar la decisión de internación prolongada por agotamiento o porque los cuidados requeridos por el paciente no pueden satisfacerse en el domicilio. Siempre conviene tomarse un tiempo para trabajar la indicación con la familia para evitar internaciones por frustración de los padres o para “sacarse el problema” de encima.

Hay modelos de internación institucional de siete días por semana y otros de lunes a viernes, dependiendo de la necesidad del paciente y su familia.

En estos modelos, sería esperable que el paciente no solo “permanezca” en la institución sino que se le ofrezcan alternativas terapéuticas tendientes a rescatar aspectos menos perturbados, autovalía, socialización, aspectos cognitivos, capacitación laboral etc.

También los cuadros adictivos suelen tener modelos de tratamiento de perfil psicoterapéutico comunitario en internaciones que suelen ser prolongadas y tienen además modelo laboral para los internos.

RESUMEN

Los tratamientos no Farmacológicos con niños, adolescentes y sus familias, incluyen una serie amplia de recursos Psicoterapéuticos y sociales. Éstos, utilizados con una mirada Interdisciplinaria aportan un abanico de posibilidades para la mejoría del paciente, sea complementando los tratamientos Psicofarmacológicos o como esquema terapéutico cuando no se requiera medicación.

Además de las clásicas Psicoterapias Individuales y Familiares, los tratamientos multimodales (que implican distintas formas de abordaje al problema del paciente) e interdisciplinarios (que implican el diálogo desde la disciplina de cada profesional interviniente en pos de optimizar los recursos, revisar la evolución, replantear el plan de trabajo para la mejoría del paciente) aportan importante beneficio terapéutico, particularmente en los casos más complejos por las variables que intervienen o por la gravedad de los síntomas. Distintas problemáticas serán abordadas por **equipos** profesionales que organizadamente y con objetivos comunes a las necesidades del paciente llevarán adelante, luego del proceso diagnóstico, el plan de tratamiento y las revisiones y ajustes periódicos, ligados a la evolución clínica, a los momentos vitales, a la situación familiar y a los ajustes y requerimientos del desarrollo.

Luego de elaborada la hipótesis diagnóstica sobre el paciente y su familia, se elaborará un plan de tratamiento considerando el diagnóstico, la gravedad de los síntomas y el grado de interferencia en el desarrollo emocional, social y cognitivo, los recursos familiares, sociales y locales con respecto a los

profesionales intervinientes, el planteo de objetivos terapéuticos y la revisión periódica de los mismos, la comunicación del equipo terapéutico entre sí, con la familia, con la escuela o los recursos sociales intervinientes.

El “arte” consistirá en seleccionar los recursos profesionales psicoterapéuticos y sociales que requiera prioritariamente el paciente armonizándolos con la vida diaria del niño o adolescente, manteniendo la escolaridad, las relaciones sociales intra y extra familiares, actividades recreativas, culturales y deportivas.

Será central no entrar en la dicotomía psicoterapia versus medicación que nada aporta, angustia a la familia. De existir planteos o desacuerdos dentro del grupo profesional, la discusión debe ser interna sin exponer a los padres a tomar posición frente a conflictos profesionales. El trabajo interdisciplinario requiere no solo de capacitación en las incumbencias del profesional sino además una disposición al diálogo no centrado en posiciones personales sino en el beneficio del paciente.

Es claro que los beneficios que obtiene el paciente, se potencian con el complemento de recursos psico y farmacoterapéuticos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Barkley, R. Comorbid disorders, social and family adjustment, and subtyping. En R Barkley (Ed). Attention Deficit Hyperactivity Disorder, pp. 184-218. Guilford Press, New York, 2006.
- 2) Birmaher B, Sakolsky D; Pediatric Anxiety Disorders; Management in primary care; Current Opinion in Pediatrics, 2008, pp. 20538 -20543.
- 3) Birmaher B, Brent D. et al., Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Depressive Disorders, J.Am.Acad. Child Adolesc. Psychiatry; 2007, 46 :(11), pp 1503-1526.
- 4) Carbray M, McGuinness T. Pediatric bipolar disorder, J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2009 Dec;47(12):22-26.

- 5) Connolly S, Bernstein G et al., Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Child and Adolescents with Anxiety Disorders, *J.Am.Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2007, 46(2) pp 267-283.
- 6) De la Peña F, Barragán E, Rhode L, Pallia R et al, Algoritmo de Tratamiento Multimodal Latinoamericano para Escolares con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, *Rev. Salud Mental* 32 (Supl. I), México, 2009, pp S17-S29.
- 7) DSM IV-TR, American Academy of Psychiatry, USA, 2000.
- 8) Jensen P, Hinshaw S et al, Findings from the NIMH Multimodal Treatment study of ADHD (MTA): Implications and Applications for Primary Care Providers, *J Dev Behav Pediatr* 2001, 22: 60-73.
- 9) Kerman B, Diagnóstico y Estrategia para el Cambio. Ed. UFLO. Buenos Aires 2008.
- 10) Linden M, Gehrke G. Profiles of recreational activities of daily living (RADL) in patients with mental disorders. *Psychiatr Danub.* 2009 Dec; 21(4):490-6.
- 11) Lock J, Fitzpatrick K, Advances in psychotherapy for children and adolescents with eating disorders. *Am J Psychother.* 2009; 63(4):287-303.
- 12) Lukens E.P., McFarlane W. Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Considerations for Practice, Research, and Policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention.* 2004, 4: 205-225.
- 13) Pallia R, Trastornos de Ansiedad, Módulo 3, Cap. 2, PRONAP, Sociedad Argentina de Pediatría, Bs. As. Argentina, 2009, pp. 36-65.
- 14) Pruet K & Martin A, Thinking about prescribing: the psychology of psychopharmacology, Cap 33 en *Pediatric Psychopharmacology*, Oxford Press, New York 2003.
- 15) Vieta E. Randomized Trial on the Efficacy of group Psychoeducation in the Prophylaxis of Recurrence in Bipolar Patients whose Disease in Remission. *Arch Gen Psych*, 60:402-406, 2003.
- 16) Zieher LM; De la Neurona a la Mente: Niveles de acción de los Psicofármacos. La integración sistema nervioso-cuerpo-mente, en *Psiconeurofarmacología clínica y sus bases neurocientíficas*, Ursino Bs. Aires 2003.

PSICOTERAPIAS PSICODINÁMICAS EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

DR. JOSÉ LUIS PEDREIRA MASSA

DRA. EVA SARDINERO GARCÍA

INTRODUCCIÓN

El término psicoterapia en la infancia ha estado ligado a un tipo de intervenciones que se incluían en alguno de estos apartados:

- 1º. Una intervención de tipo "menor" para abordar los trastornos de la infancia, que no eran "graves";
- 2º. Una intervención que excluía otro tipo de abordajes, lo que durante tiempo se vio como un enfrentamiento entre biologicismo y psicologicismo;
- 3º. Una intervención para ser desarrollada por "otros" profesionales que no fueran psiquiatras y
- 4º. Una intervención basada en "convencer", "mentalizar", "motivar", "charlar", "caer bien o empatizar".

En 1.990 se crea la Federación Europea de Psicoterapeutas, con el fin de articular los contenidos teóricos y el entrenamiento preciso para llegar a ser psicoterapeuta en Europa. En España se crea la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) integrada en la Federación Europea. En el periodo comprendido entre 1.994 y 1.996 aparecen los primeros decretos que configuran los requisitos para ser psicoterapeuta en varios países, en concreto Italia, Alemania y Austria y a partir del año 2000 se legisla en los Países Nórdicos (Finlandia, Suecia, Noruega, Dinamarca e Islandia) y Francia.

En 1.992 en el seno de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) se crea de forma autónoma la Monosección Especializada de Psiquiatría y Psicoterapia de la Infancia y la Adolescencia, adoptando este nombre y transmitiendo la verdadera dimensión conceptual y práctica, por lo tanto de

necesidades formativas y de entrenamiento específico para los profesionales que trabajan en el campo de la infancia y la adolescencia.

La última referencia que orienta hacia la profundización de estos planteamientos se encuentra en el Decreto Ley de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud (BOE de España del 10 de febrero de 1.995). En el apartado de Salud Mental se habla de "psicoterapia individual, grupal y familiar" y en todas las edades, lo que se complementa en el apartado de infancia: "prevención y tratamientos integrados de tipo somático, psicológico y social". Pero no describe ni lo que es psicoterapia ni los requisitos para ser psicoterapeuta.

Por lo tanto: las psicoterapias se constituyen en formas de intervención sanitaria reconocidas en el ordenamiento legal y las disposiciones europeas tienden a recomendar que la atención psiquiátrica a la infancia y la adolescencia tenga esta orientación psicoterapéutica de forma explícita.

LÍMITES CONCEPTUALES DE PSICOTERAPIA EN LA INFANCIA

I. Tesis para considerar una intervención como psicoterapia

Schneider formuló el concepto de psicoterapia, lo delimitó por una serie de tesis que se debían cumplir y que hace unos años adaptamos a la etapa de la infancia y la adolescencia:

1ª tesis: La psicoterapia es un método de tratamiento para abordar los síntomas psíquicos y psicosomáticos que padecen los niñ@ y adolescentes. Su importancia práctica consiste en abordar el malestar con finalidad terapéutica, es decir: para superar ese malestar y/o sufrimiento.

2ª tesis: La psicoterapia intenta abordar los conflictos psíquicos y ayuda a comprender su organización. A lo largo del proceso de desarrollo el niñ@ establece y obtiene una serie de vínculos, de procesos afectivos y emocionales, también de relaciones, que están dominadas por la complejidad, en un momento determinado en el seno de esa complejidad puede aparecer un "conflicto" personal y emerger un sentimiento de sufrimiento. La función de la psicoterapia consiste en comprender la organización que en esa etapa del desarrollo tiene ese conflicto para originar ese sentimiento doloroso.

3ª tesis: La psicoterapia no solo contempla lo real y concreto, sino que también debe abordar lo implícito, lo no dicho, en ese sentido un concepto de inconsciente es lógico que debe ser contemplado como constitutivo del sujeto.

4ª tesis: La psicoterapia no es un método de tratamiento pasivo, por lo que debe contar con el deseo del niñ@ o adolescente de ser ayudado. Esta tesis es compleja: el grado y la capacidad de decisión de un niñ@ o adolescente, esta capacidad de la infancia debe contemplarse como un cierto nivel de aceptación hacia el tratamiento y un deseo de poder ser ayudado.

5ª tesis: La relación terapéutica es una relación intersubjetiva muy peculiar. Superponible a una profunda amistad, individual e intransferible. En una psicoterapia acontecen muchas situaciones, el respeto personal y la receptividad son fundamentales para poder abordar el proceso en su conjunto.

6ª tesis: La comunicación terapeuta-paciente se realiza solamente por medio del lenguaje. En la infancia y la adolescencia incluye el juego, la expresión gráfica (p.e. dibujos, escritos), realización de pequeñas dramatizaciones, al considerarlas como formas de expresión y comunicación de la infancia y la adolescencia.

7ª tesis: El terapeuta y el niñ@ deben querer trabajar en conjunto y colaborar mutuamente. Ello supone una confianza mutua y una capacidad de comunicación entre ambos que supera lo meramente empático.

8ª tesis: La psicoterapia debe tender a que el paciente pueda afrontar y resolver los conflictos por sí mismo, desde su propia posición y su forma de ver las cosas. El psicoterapeuta debe esforzarse por no imponer sus propias ideas o creencias.

II. Pre-requisitos básicos para la delimitación técnica de una psicoterapia

El lugar físico donde se vaya a realizar debe reunir unas mínimas condiciones de iluminación, amplitud, comodidad y posibilidad de un mínimo desplazamiento y movilidad para el niñ@. Los recursos materiales también tiene su importancia: cajón de juguetes, pinturas, espejo.

La evaluación clínica se ha debido realizar con anterioridad a la intervención psicoterapéutica y al final de ella se ha debido prescribir, de forma específica, la psicoterapia.

El profesional que vaya a desarrollar la psicoterapia debe tener una formación suficientemente acreditada, de acuerdo a criterios adecuados. GONZALEZ DE RIVERA plantea unos pre-requisitos de gran interés que debe reunir el psicoterapeuta: unas condiciones personales de empatía y flexibilidad, unos conocimientos técnicos y unas bases teóricas.

III. Pre-requisitos conceptuales

La psicoterapia es un método de intervención terapéutica para abordar los trastornos psicológicos que originan clínica. Como tal prescripción clínica, dicha intervención tiene sentido en el seno del sistema sanitario y aportado por personal acreditado de forma específica.

El procedimiento que se emplea es la verbalización de las dificultades y problemas. Para ello la prescripción debe ser aceptada libremente, tanto por el niño como por su familia. Para iniciar un proceso psicoterapéutico el sujeto debe poseer un mínimo razonable de capacidad de insight.

El psicoterapeuta debe aceptar los planteamientos del niño, no intentando influir ni ideológicamente ni con criterios de valor ajenos a los del sistema cultural y de valores de origen del niño.

IV. Pre-requisitos técnicos:

La psicoterapia precisa un encuadre de trabajo preciso que, al menos, incluye:

- 1) Duración total inicial del tratamiento.
- 2) Duración y horario de cada sesión.
- 3) Periodicidad de las sesiones, como máximo será quincenal.
- 4) Técnica de asociación libre.
- 5) Asegurar la confidencialidad.

Una condición fundamental consiste en asegurar que será desarrollada por el mismo psicoterapeuta y en el mismo lugar.

En el momento actual se hace necesario establecer el consentimiento informado, consistente en la aceptación por parte del niño y de la familia del tipo de tratamiento y que conocen otras posibilidades terapéuticas y han sido informados de los posibles efectos secundarios y curso de la terapia.

ESQUEMA DE INTERVENCION PSICOTERAPEUTICA EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Bleger elaboró un esquema de intervención con efecto psicoterapéutico, dicho esquema fue modificado y adaptado a la infancia en los siguientes términos:

1.- Intervención INDIVIDUAL: Para asumir el sufrimiento del sujeto, la situación del desarrollo y evolución de los procesos y, por fin, la maduración emocional y afectiva de los sujetos.

2.- Intervención GRUPAL: Asume la relación con los pares, es decir con los amig@s, compañer@s y las dificultades que aparecen en dicha relación. P.e. la función del liderazgo, el retraimiento social, las dificultades de comunicación.

3.- Intervención FAMILIAR: Consiste en elaborar la historia familiar a nivel significativo de sus integrantes, orientar en las dificultades que van apareciendo a lo largo de las distintas crisis familiares.

4.- Intervención INSTITUCIONAL: Este tipo de intervención tienen su origen en abordar los diferentes lugares en los que se desarrolla la vida del niñ@. Cuatro son los grupos sobre los que incidir, con una orientación terapéutica: incrementar la capacidad de discriminación de los problemas que aparecen en los niñ@s; derivación y su técnica desde una institución a la otra de aquellos casos que precisen atención; devolución de los contenidos encontrados como compromiso para asegurar una correcta relación interinstitucional y desarrollar un método de contención como fundamento de la intervención conjunta.

5.- Intervención COMUNITARIA: Persigue la modificación de actitudes, la movilización y coordinación de los recursos asistenciales en el territorio.

INTERVENCIONES CON EFECTOS PSICOTERAPÉUTICOS EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

I. Características definitorias

No todas las intervenciones que se desarrollan sobre problemas o disfunciones o trastornos mentales de la infancia y la adolescencia tienen las características de ser psicoterapias. Pero dichas intervenciones pueden tener unas consecuencias psicoterapéuticas para el sujeto, a pesar de que en sentido estricto no sean una psicoterapia y mejoran de forma ostensible la

autoestima del sujeto y su adaptación al medio social. Las características definitorias de este tipo de intervenciones que no son estrictamente una psicoterapia son las siguientes:

1.1. No necesitan realizar un encuadre preciso de trabajo, pudiendo ser programadas o puntuales.

1.2. Las orientaciones y la intervención técnica pueden ser directivas, en determinadas circunstancias (p.e. dar consejos).

1.3. Pueden tener contenidos meramente educativos (p.e. la psicoeducación familiar, las escuelas de padres).

1.4. Se pueden y suelen realizar en contextos no exclusivamente sanitarios (p.e. la escuela, el barrio).

1.5. No presuponen el concepto de sufrimiento en el niñ@ ni la existencia de un trastorno mental, sino que basta con meras disfunciones.

1.6. Los profesionales no precisan ni formación ni acreditación específica en psicoterapia.

1.7. Las intervenciones pueden ser desarrolladas por diversos profesionales (p.e. educadores, trabajadores sociales, educadores familiares o comunitarios).

1.8. Se pueden realizar en diversos contextos de la vida del desarrollo del niñ@.

II. Tipología de las intervenciones con posibles efectos psicoterapéuticos

2.1. Intervenciones directas sobre el niñ@ o adolescente:

2.1.1. Psicomotricidad: Los tratamientos psicomotrices no son curativos, sino que representan una técnica complementaria para otros tratamientos y, en ocasiones, facilita otro tipo de intervenciones. Las indicaciones clínicas pueden sistematizarse en las siguientes:

- Debilidad motriz o retraso motor global (paratonías, hipotonías, deficiente coordinación).
- Trastornos lateralidad y/u orientación témporo-espacial.
- Dispraxias constructivas y/o deficitarias.
- Caracteriopatías con inestabilidad, impulsividad y pobreza en fantasmización.

- Organizaciones límites y pre psicosis con escaso investimento cognitivo y presentación disarmónica con inhibición, descoordinación, y agitación.

2.1.2. Logopedia: Consiste en tratamientos dirigidos a los trastornos del lenguaje. Fundamentalmente para los de articulación, pero también para otro tipo de trastornos. Las dislalias, disartrias y disfasias, sean primarias o secundarias, son su principal campo de intervención.

2.1.3. Técnicas de rehabilitación educativa: Son técnicas psicopedagógicas tendentes a facilitar el proceso de aprendizaje, bien sea de forma primaria (p.e. técnicas de estudio) o para superar otro tipo de trastornos (p.e. reeducaciones para la dislexia, la discalculia).

2.1.4. Actividades de sociabilización: Consisten en técnicas para aportar habilidades sociales, cuando existe algún tipo de trastornos. P.e. actividades de la vida diaria, hábitos de la vida cotidiana.

2.1.5. Estimulación precoz: Son técnicas estimulativas que se establecen en los primeros años de la vida del niñ@ y tienden a aportar estimulaciones más o menos selectivas sobre capacidades disminuidas, bien sea por la existencia de una causa somática o sensorial.

2.2. Intervenciones indirectas:

2.2.1. Algunas intervenciones familiares: P.e. psicoeducación familiar o algunas intervenciones sistémicas.

2.2.2. Ayudas sociales: Apoyo social a la familia, recursos económicos o educativos.

2.2.3. Apoyos psicopedagógicos en la escuela, aquellos que están sujetos a la adaptación curricular y apoyos especiales.

2.2.4. Interconsulta y enlace: Es un estilo de trabajo y de relación entre dos niveles diferentes de atención (p.e. atención primaria y atención especializada), sobre todo del sistema sanitario.

2.2.5. Actividades de sociabilización: Tendentes al conocimiento del medio, a estimular actividades extraescolares.

PSICOTERAPIA EN LA INFANCIA

Para la psicoterapia se cumplen los requisitos conceptuales y técnicos que hemos expuesto al inicio del presente trabajo.

I. Principales modalidades de psicoterapia en la infancia y la adolescencia:

1.1. Dirigidas al sujeto y al problema:

1.1.1. Counselling: No consiste en el consejo general, sino que es una técnica difícil pues pretende aconsejar sobre la dificultad específica de cada niñ@ y cada familia, pero partiendo de su realidad concreta y con orientaciones sintónicas con su forma de pensar y con su propia historia, por lo tanto permite variabilidad frente a un mismo problema, no es generalizable y precisa de conocimientos clínicos y dinámicos específicos. Por ello el objetivo de counselling es ayudar a las figuras parentales a buscar sus propias soluciones incrementando su confianza y sentido de efectividad, por lo que se necesita trabajar durante la exploración el tipo de los problemas y su solución potencial. Las condiciones y pasos a seguir son:

- Qué situación ha desencadenado y que aspectos han agravado el problema
- Qué se ha hecho y cuáles han sido sus resultados
- Qué pensarían hacer las figuras parentales con posterioridad
- Qué técnicas o estrategias podrían realizar de modo que el resultado fuera más confortable y pudiera ofrecer un apoyo mutuo

Se consigue el cambio por modificación de las interacciones, pero no por consejos, instrucciones o prescripciones, sino ayudando a encontrar una parentalidad más efectiva

1.1.2. Consulta-terapéutica: Consiste en señalizaciones realizadas en el seno de las entrevistas de evaluación. Dichas señalizaciones van permitiendo abordar dificultades madurativas y relacionales en el contexto histórico y del desarrollo en el que surgen. Son elementos dinamizadores de gran contenido simbólico y permiten a cada sujeto la aprehensión de dicho material de forma progresiva. Dichas señalizaciones tienden a la autonomía del niñ@ y de la familia.

1.1.3. Psicoterapia focal y breve: Permite abordar determinadas situaciones conflictivas de forma aislada y durante un tiempo determinado, sin necesidad de realizar engranajes complicados.

1.1.4. Psicoterapia profunda: Persigue delimitar la relación de los problemas con el discurso del inconsciente. Es propia del psicoanálisis, su concepto de "cura" no se relaciona con la desaparición de los síntomas clínicos y tiende a la superación del esquematismo de las formas clínicas, pretende una intervención más estructural y elaborativa.

1.2. Referidas a la modalidad de abordaje:

1.2.1. Psicoterapia diádica: Consiste en una modalidad en la que la figura materna y el niño se encuentran presentes, dedicando una parte de la sesión a trabajar con el niño y otra parte para trabajar con la interacción madre-niño. Es un método que fundamentalmente se emplea en las psicoterapias para trastornos psicopatológicos de la primera infancia y, más excepcionalmente, en etapas posteriores cuando el vínculo madre-hijo reviste unas especiales características de simbiosis.

1.2.2. Psicoterapia individual en la infancia: La relación con psicoterapia que se identifica como alguien que puede ayudar personalmente y que posee un cierto grado de control e influencia sobre las figuras parentales. Otro aspecto fundamental consiste en evaluar de forma correcta la posibilidad de aportar otra visión y la mejoría psicológica que se puede obtener. Para lo que se utiliza la atención, la capacidad de dar ánimos y la sugestión. También se puede obtener la capacidad de ayudar al paciente a adquirir control, competencia, autonomía y formas de interacción diferentes a las actuales que le han podido causar dolor. Pero lo que es clave y ético es abandonar las expectativas poco realistas de sí mismo, de los otros y del contexto (Dulcan, Martini & Lake, 2003). Pero son precisas tres características fundamentales en el niño para poder desarrollar una psicoterapia: El funcionamiento del lenguaje en el niño debe ser adecuado; el estado emocional debe permanecer estable, aunque tenga un nivel de estrés y, por fin, el contexto familiar funciona como soporte, aunque la familia necesite un cierto grado de ayuda.

*** INDICACIONES**

- Restricción de la actividad para su etapa de desarrollo.

- Restricción de investimentos nuevos.
- Ausencia de aparición de operaciones nuevas en lo cognitivo, relacional y/o social.
- Organización de situaciones rígidas o irreversibles.
- Sufrimiento infantil, angustia y las organizaciones depresivas

*** CONTRAINDICACIONES**

- Los trastornos infantiles son la expresión de los desórdenes externos (familia, escuela).
- Impedimento para el transporte o falta de recursos.
- La intervención desencadena crisis sucesivas en otros miembros de la familia.
- Fondo orgánico-defectual muy evidente.
- Escasa capacidad de introspección para la etapa evolutiva.

1.2.3. Indicaciones para la terapia familiar en salud mental infantil: La familia es una unidad en sí misma, tanto a nivel grupal como individual. La estructura familiar se basa en las relaciones de diferentes generaciones y los comportamientos individuales, actitudes, perfiles de comunicación y reactividad emocional se condicionan por la presencia de otros miembros familiares y de forma particular la de las figuras parentales. La presencia de síntomas puede tener, en ocasiones, una función de “ayudar” a que la familia consiga una mayor estabilidad y cohesión. No hay que olvidar que las relaciones familiares y sus comportamientos cambian según el estado del ciclo vital de esa propia familia.

*** INDICACIONES**

- Cuando los trastornos del niño sean claramente manifestación de las alteraciones familiares y el funcionamiento familiar sostiene de forma significativa la naturaleza del problema.
- Cuando hay impedimentos para la terapia individual.
- Cuando el tratamiento de un miembro produce estrés o síntomas en otros miembros de la familia.
- Cuando el counselling ha fallado para abordar el problema
- Cuando figuras parentales y chico se muestran incapaces para

trabajar en conjunto el problema

- Cuando la propia naturaleza de los problemas requiere un reajuste fundamental que la familia no ha conseguido encontrar hasta fecha
- Afecciones médicas en las que los factores psicológicos juegan un importante papel, especialmente en afecciones recurrentes o una afección crónica, cuando la adherencia al tratamiento es problemática o los resultados son insatisfactorios en relación a lo esperado
- Problemas psicológicos o comportamentales en hij@s que requieren una estrategia parental clara y combinada
- Algunos problemas del espectro de los malos tratos a la infancia

*** CONTRAINDICACIONES**

- Cuando la familia está en proceso de ruptura.
- Cuando el niñ@ presenta dificultades ligadas a su propio ser (p.e. patología intrapsíquica).
- Cuando la clínica del niñ@ es reactiva al estrés fuera del ámbito familiar (p.e. problemas de aprendizaje en la escuela).

1.2.4. Psicoterapias grupales en infancia: Para poder desarrollarse necesitan que se cumplan dos requisitos previos: que existan en el niñ@ connotaciones simbólicas edípicas y la constatación de que en el proceso existen dificultades del paso familiar a la proyección social. Por ello el grupo terapéutico constituye una situación transicional entre el grupo primario (la familia) y el grupo social donde se le permite elaborar, de forma suficientemente contenedora, las dificultades de este paso. Ubicar a la psicoterapia grupal en un espacio transicional del proceso de desarrollo del sujeto infantil (Fig. 1) es una aportación novedosa de la concepción grupal en estas etapas de la vida (Pedreira & Sardinero, 1990 y 2006)

FIGURA 1



* INDICACIONES

- Trastornos esfinterianos.
- Trastornos ligeros de conducta.
- Inmadurez y baja tolerancia a la frustración.
- Dificultades de identificación sexual.
- Ciertas reacciones fóbicas y/u obsesivas.
- Ciertas dificultades en límites y sociabilización.
- Inhibiciones y bloqueos escolares.
- Mala canalización de la agresividad.
- Algunos síntomas psicósomáticos.

*CONTRAINDICACIONES

- Psicosis infantiles.
- Conductas psicopáticas.
- Retrasos mentales de cierta entidad.
- Desviaciones sexuales manifiestas.
- Fobias graves.
- Personalidades muy carenciadas.

II. Condiciones para desarrollar una psicoterapia

2.1. El psicoterapeuta en la infancia y la adolescencia: Debe tener unas características personales de receptividad y flexibilidad, de empatía y capacidad de escucha. La mayoría de los autores señalan que el psicoterapeuta de la infancia y la adolescencia debe tener asumida y elaborada su propia infancia y su desarrollo, de tal suerte que evite realizar proyecciones y/o rechazar a algún tipo de patologías o a un determinado niño. Además se precisa una formación escrupulosa tanto desde la perspectiva teórica (conocimientos) como práctica (obtención de habilidades tanto técnicas como personales), lo que debe completarse con supervisiones clínico-terapéuticas. Por lo tanto el psicoterapeuta de niños y adolescentes debe reunir: Entrenamiento en el trabajo con niños; adecuada predisposición hacia el cuidado de los niños; conocer en qué se puede y en qué no se puede ayudar, así como los límites de la propia técnica de terapia; adecuada relación con otros colegas; poder comunicarse con las figuras parentales en lo que se puede y no se puede tratar, asegurando la confidencialidad del niño; conseguir abrir su trabajo a otros profesionales, tanto para la evaluación como para obtener apoyos; habilidad para aplicar en el día a día los principios generales y las interacciones terapéuticas informales; habilidad para saber ver en los conflictos infantiles tanto su contenido como su vulnerabilidad; un buen principio de realidad en el mundo real, pero con posibilidad de interactuar con el contexto en el que se desarrolla el niño; estar abierto y receptivo a nuevas informaciones; interés por todo lo relativo al bienestar infantil, incluyendo una buena atención sanitaria infantil; saber identificar otro tipo de factores que contribuyen al bienestar infantil; colaborar con otras terapias, sean terapias familiares, psicofarmacología y/o intervenciones educativas y mirar el conjunto de las necesidades infantiles desde el propio contexto de cada niño. No, decididamente no es sencillo ser psicoterapeuta de niños y adolescentes a tenor de lo expresado hasta el momento actual.

2.2. El local: Debe ser un local amplio, luminoso y cómodo, tanto para el psicoterapeuta como para el niño y adolescente.

2.3. Dotación: La dotación básica cuenta con el **cajón de los juguetes**, en el que se debe incluir: un muñeco, un peluche, una pelota, una construcción, algún vehículo y un rompecabezas sencillo. También se puede añadir algún

detalle propio de cada niñ@, p.e. algún muñeco o peluche de un niñ@ en concreto o las propias producciones de los niñ@. Plastilina, cartulinas, pinturas que faciliten la expresión de los niñ@s y el uso del sceno-test de Von Staab o del MAPPs facilita la construcción de "escenas", la elaboración de fantasías.

2.4. Los temas que se abordan frecuentemente en psicoterapia de niños y

adolescentes: Siguiendo a Dulcan, Martini & Lake (2003) estos temas serían: Relación con el psicoterapeuta que se identifica como alguien que puede ayudar personalmente y que posee un cierto grado de control e influencia sobre las figuras parentales; posibilidad de aportar otra visión y mejoría psicológica; utilización de la atención, capacidad de dar ánimos y utilización razonable de la sugestión; capacidad de ayudar al paciente a adquirir control, competencia, autonomía y formas de interacción; modificar o abandonar expectativas poco realistas de sí mismo, de los otros y del contexto. Por todo ello los temas abordados que se refieren a los síntomas de los pequeños pacientes podrían sintetizarse en cómo abordar lo general y lo particular (“el todo y la parte”); lo relativo al control y descontrol; lo integrado en la cercanía y la distancia, que se complementa con los temas de la dependencia e independencia/autonomía; lo abierto y lo privado; angustia y amor, sobre todo en la adolescencia; inseguridad y seguridad, desde lo más real hasta lo más afectivo y relacional; ansiedad y tranquilidad; sexualidad y vínculos afectivos; expectativas y frustraciones y, por fin, la desesperanza.

Además hay una serie de cuestiones que no se deben hablar en psicoterapia de niñ@s y adolescentes: No se debe confundir el rol de terapeuta con el de las figuras parentales; no se debe usar el desarrollo lingüístico o intelectual con superioridad para coaccionar al niñ@; no confundir su papel con el de una caricatura; no usar razonamientos largos o complicados, no utilizar jergas o argot ni sentencias basadas en contenidos ideológicos, pero no se deben transformar las sesiones en entrevistas; se ha de tener cuidado para no dificultar la concentración infantil; no se debe eludir aclarar cuestiones por muy delicadas que éstas sean; no se debe recurrir a la disciplina como recurso pretendidamente de tratamiento saludable; no se debe “inundar” al niñ@ con sus problemas; es fundamental no competir con las figuras parentales por el

afecto del niñ@ y, por fin, no sustituir la comprensión de los problemas infantiles por sus conocimientos profesionales.

Para conseguir estas metas los psicoterapeutas psicodinámicos intentan promover la comprensión en el seno del proceso psicoterapéutico explorando la vulnerabilidad y los sentimientos que se generan, para lo que unen pensamientos y experiencias, usando imágenes y metáforas de forma creativa y no olvidándose de reiterar los contenidos y temas persistentes.

TABLA I: METAS EN PSICOTERAPIA DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA

PSICOTERAPIA DE APOYO	PSICOTERAPIA DE EXPRESIÓN DE EMOCIONES Y RELACIONES	PSICOTERAPIA PARA APRENDER A CAMBIAR LA FORMA DE PENSAR
Se dirige a aquellos con conflictos psíquicos y sentimientos de gran vulnerabilidad	Se dirige a los que tienen más conflicto, más resiliencia y a quienes quieren dar sentido a sus relaciones e intercambios afectivos	Se dirige a los que prefieren aproximaciones por medio de los pensamientos con aproximaciones educativas
Se concentra en vínculos, resolución de problemas y conflictos específicos. Manejar las dificultades para que duren poco, más que aprender nuevos patrones	Se concentra en áreas concretas de conflicto: vulnerabilidad, sensibilidad, relaciones. Los patrones se abordan por la identificación por diferentes relaciones en diferentes momentos vitales	Se concentra en patrones irreales de pensamiento, de sus contenidos, el contexto y su futuro. La resolución de problemas se orienta hacia el problema particular, con la idea que sea un modelo que se pueda generalizar
Se focaliza en lo que es satisfactorio en el “aquí y ahora” en su contexto y en sus vidas	Se focaliza en lo que fue feliz “qué y cómo” en un pasado similar hacia “el afuera de qué y cómo de las relaciones”	Se focaliza en qué es satisfactorio “aquí y ahora” en su forma de pensar y de vivir, con especial referencia a sus pensamientos y sensaciones
Los objetivos son aportar soporte al niñ@ para avanzar tal como son y de la mejor forma posible, por medio de consejos que animan y sesiones regulares	El objetivo es que el niñ@ modifique sus estilos vinculares y de interacciones, comprobando que modificándolos en la relación terapéutica pueden cambiarlos para el conjunto de las relaciones	El objetivo es que el niñ@ modifique sus estilos vinculares y de interacciones, aprendiendo un estilo más práctico de pensar
La finalidad terapéutica consiste en conseguir hacia el exterior una mayor confianza en su capacidad de relacionarse y vincularse	La finalidad terapéutica consiste en acceder a comprender tanto la causa de sus formas de relación cómo lo que hace	La finalidad terapéutica consiste en mostrarles el funcionamiento de sus pensamientos y afectos y su influencia en las interacciones, enseñándoles otros contenidos y formas de pensamiento más satisfactorios

Fuente: B. Lask, S. Taylor & K. Lunn: Practical Child Psychiatry.

London: BMJ, 2003

LA DEMANDA DE PSICOTERAPIA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

La psicoterapia en la infancia y la adolescencia pretende pasar de la demanda (p.e. "necesito ayuda") al deseo (p.e. "desearía solucionar/comprender mis problemas/lo que sucede"). En este sentido la demanda constituye aquello por lo que el deseo se desvía, merced a la aparición de dos mecanismos descritos ya por Freud: la condensación (una situación o síntoma contiene en su expresión los contenidos de varias pulsiones) y el desplazamiento (la situación o el síntoma se presenta en una forma que "disimula" su verdadero contenido), y que Lacan reformuló como metáfora y metonimia, al describirlo en términos del lenguaje.

De esta suerte en la demanda de psicoterapia en la infancia y la adolescencia coexisten, al menos, estos tres componentes:

1º Demanda social: En el sentido de aprender a ser un sujeto social, de enseñar a cómo superar las dificultades. En definitiva sería una función cubierta por similitud a las instituciones socio-educativas.

2º Demanda establecida por el propio sujeto: Es la demanda que establece el propio niñ@ o adolescente, una necesidad de ser ayudado en un momento de sufrimiento. Aunque no es muy frecuente, en el momento actual estamos acudiendo a un incremento de la demanda por parte de los propios niñ@s, sobre todo en la preadolescencia y en la adolescencia, otra cosa es que esta demanda sea escuchada, interpretada y aceptada por la familia.

3º Demanda en sentido analítico: Consiste en saber determinar los contenidos latentes desde la demanda explícita. De esta suerte la psicoterapia, desde una comprensión psicoanalítica que es de indudable interés en la infancia y la adolescencia, pretende articular el deseo y la demanda con el objeto (en términos psicoanalíticos) del sujeto y con el fantasma, tal y como lo contempla la perspectiva psicoanalítico-lacanianana y que, en estas etapas del desarrollo humano, tiene vigencia puesto que están en pleno proceso de constitución.

En el momento actual existe una comprensión diferente de la demanda: Existe un cambio de la situación social, de tal suerte que las manifestaciones psicológicas se han modificado de forma muy evidente, baste como ejemplo la desaparición casi total de la histeria de conversión de Charcot, pero

emergen otras formas de manifestación como la anorexia mental. Un segundo tipo de cambios se sitúan en el propio niño dado que la infancia es una etapa en la que en un corto periodo de tiempo acontecen más cambios, cuantitativos y cualitativos, en comparación con el resto de la vida humana. De esta suerte que los cambios en la infancia son en todos los terrenos, tanto somáticos, como evolutivos, madurativos, pulsionales y de orientación de las catexias. Además también acontecen cambios en el contexto social en el que se desarrolla la vida del niño: amistades, educación, intercambios afectivos.

También existen algunas dificultades cuando se plantea una demanda de psicoterapia de la infancia y la adolescencia, estas dificultades son a diversos niveles. Existen diversas interpretaciones acerca de la noción de psicoterapia, tanto desde la perspectiva teórica (p.e. psicoanalítica, cognitivo-conductual, sistémica, interpersonal) como de su ubicación (p.e. en el sistema sanitario, en la práctica privada). Incluso cuando la demanda se explicita como tal, no basta para establecer el inicio de una psicoterapia y se precisa una correcta evaluación clínica (de los síntomas, del desarrollo y de las relaciones) y el establecimiento explícito de una prescripción terapéutica como psicoterapia.

La prescripción de una Psicoterapia incluye el concepto de transferencia y que, en los servicios públicos, acontece de una forma peculiar, ya que existe una derivación desde otro nivel asistencial (p.e. los pediatras de atención primaria) que aporta una información previa sobre las dificultades del niño, pero también señala que se necesita una abordaje especializado y que en "tal servicio" donde trabaja "el Dr./a Fulano/a de tal" se puede abordar porque "es un servicio prestigiado", también podría decirse lo contrario; a ello se suma la opinión de los habitantes de un territorio sobre el servicio, todo ello constituye un conjunto de informaciones que impactan a la familia que establece la demanda definitiva. Este conjunto de informaciones previas que existen en el territorio, es lo que De Vicente ha denominado como "pre-transfer" y cumplen su papel a la hora del establecimiento transferencial definitivo, tanto para consolidarlo como para destruirlo.

De aquí la importancia de implantar, también en la infancia y la adolescencia, los principios éticos que contemplan a los niños como sujetos con capacidad de decisión, hasta el nivel que les corresponde. Por ello el desarrollo de instrumentos que tengan en cuenta estas condiciones es estrictamente

necesario, el instrumento más extendido es el conocido como **consentimiento informado**, nosotros hemos desarrollado un modelo que tiene un valor experimental y que podremos difundir en un plazo razonable de tiempo.

Existen unos puntos comunes que se abordan en las terapias dinámicas:

Hablar con una escucha de los pacientes puede ser terapéutico; hablar y escuchar ayuda de forma muy positiva cuando acontece en un contexto relacional llamado: **“relación terapéutica”**; la relación que es más terapéutica se define como abierta, honesta y con intereses generales. Estas características pueden ser aportadas en el seno de una ayuda profesional, pero sólo si la relación está claramente diferenciada de otro tipo de relaciones, por lo que es muy importante aclarar los límites del encuadre terapéutico y, en segundo lugar, que el foco de la intervención se sitúa en las necesidades del paciente y no en las del terapeuta.

EVALUACIÓN DE LAS PSICOTERAPIAS EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Quizá el punto más débil de los procesos psicoterapéuticos sea el de la evaluación de sus resultados, tanto de los inmediatos como a medio y largo plazo. No obstante se han realizado y se siguen realizando tentativas importantes por diversos grupos de investigadores. Los resultados son diversos por la heterogeneidad de las muestras, de sus orígenes y de las perspectivas teóricas y aplicaciones técnicas, además de la diversidad de los instrumentos empleados para realizar esa evaluación.

Los tratamientos comportamentales y cognitivos al parecer obtienen mayor efecto que el resto de las técnicas psicoterapéuticas, pero las diferencias entre los distintos métodos psicoterapéuticos aparecen asociadas con la utilización de diferentes instrumentos y métodos de medida y de problemas clínicos estudiados con una u otra técnica psicoterapéutica. Cuando se controlaron estas variables extrañas, la superioridad de las técnicas comportamentales y cognitivas no fue estadísticamente significativa en relación a las otras técnicas psicoterapéuticas analizadas.

Las técnicas terapéuticas (individuales vs. grupales; focalización en figuras parentales vs. niño@s) y las características de los terapeutas (formación, experiencia, género) no influyeron en los efectos terapéuticos obtenidos. Por

otra parte fueron las características del niño@ las que obtuvieron resultado significativo en los efectos terapéuticos obtenidos, siendo de gran importancia el hecho que cuanto menos edad tuvieran los niño@s los efectos fueron mejores. Los tratamientos obtuvieron peores resultados en problemas de un deficiente ajuste social (agresividad, conductas disruptivas) que en problemas de otro tipo (hiperactividad, fobias clínica psicósomática).

Kazdin (1990) pone en evidencia que la psicoterapia para abordar los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia obtiene mejores resultados que no hacer ningún tipo de tratamiento y que los resultados obtenidos por las psicoterapias en los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia son similares a los obtenidos en la edad adulta. Las diferencias entre las diversas técnicas aunque no fueron evidentes, los resultados fueron ligeramente mejores en las técnicas comportamentales y cognitivas que en los otros tipos de tratamientos psicoterapéuticos. Pero hay que reconocer que existen dificultades de comparación entre las diferentes técnicas psicoterapéuticas, pues en las no comportamentales existen muy pocos estudios y los métodos de evaluación fueron muy distintos, por lo que las diferencias pueden deberse a estas variables.

Weiss & Weiss realizaron un metanálisis acerca de diferentes estudios sobre la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos en la infancia y adolescencia. El meta-análisis constó de 200 estudios controlados y se obtuvieron pruebas suficientes para afirmar que la psicoterapia en la infancia es eficaz y con efectos positivos (percentil .70). Existen evidencias menos consistentes para afirmar que las terapias cognitivo-comportamentales son más eficaces en la infancia que las no cognitivo-comportamentales. Evidencias más contrastadas afirman que las psicoterapias son más eficaces en las chicas que en los chicos, pero tampoco consiguieron la evidencia suficiente. Señalaron también las limitaciones para las evidencias del meta-análisis en las psicoterapias en la infancia: La confusión de factores (p.e. problema tratado y tipo de tratamiento que recibe) hace que se dificulte la interpretación de la evidencia en las correlaciones/asociaciones (p.e. evidencia de uno u otro tipo de tratamiento empleado) y, en segundo lugar, la mayoría de los estudios son terapias experimentales realizadas en institutos universitarios, por lo que no son representativos de las terapias clásicas o tradicionalmente desarrolladas en los

servicios asistenciales, así que la generalización tanto de la técnica como de los resultados lo hace difícil.

Fonagy y su equipo han desarrollado un interesante trabajo de evaluación de las terapias psicoanalíticas con rigor y de tipo multicéntrico internacional. Concluyen que no hay estudios definitivos para demostrar la eficacia del psicoanálisis en relación a placebo o a un método alternativo de tratamiento. Tampoco hay métodos disponibles que puedan indicar la existencia de un proceso psicoanalítico. La mayoría de los estudios existentes aportan datos que hacen desconfiar por el método empleado y otros estudios poseen limitaciones que, incluso con revisor favorable, podría hacer desconfiar de los hallazgos. El resultado más importante obtenido consiste en que existe una gran variación en los resultados positivos, aún en patologías similares y utilizando medidas equivalentes, luego el problema fundamental depende de factores metodológicos. No obstante obtiene algunos resultados de gran interés y consiguen llegar a una evidencia razonable: los tratamientos largos obtienen mejores resultados que los tratamientos más cortos; la superioridad del psicoanálisis convencional sobre la psicoterapia psicoanalítica a veces no se mantiene en los seguimientos a largo plazo; la psicoterapia grupal analítica parece que es la que mejor relación tiene en la relación coste-beneficio; sin embargo en cuanto al aumento o disminución en el consumo de servicios de salud, los resultados obtenidos son poco consistentes y contradictorios; a largo plazo puede incluirse un efecto resiliencia en relación a secuelas esperadas en los trastornos de aparición temprana; los trastornos psicosomáticos responden particularmente bien a las psicoterapias de corte psicoanalítico; los trastornos mentales más graves se benefician más del psicoanálisis convencional que de la psicoterapia de forma específica; los trastornos de presentación comportamental responden al psicoanálisis menos que los trastornos de presentación emocional; los niñ@s de menor edad se benefician más de los tratamientos psicoterapéuticos psicoanalíticos que los de mayor edad; al éxito en el tratamiento colabora la angustia, culpa e idealización en la transferencia, y al fracaso de las terapias se asocian la culpa, sensación de humillación y la angustia existencial.

Un tema de singular importancia consiste en los instrumentos que se pueden emplear para la evaluación de las psicoterapias. En las psicoterapias de

orientación psicodinámica es aún más controvertido, no obstante es un requerimiento científico de primera magnitud. Dos instrumentos consideramos relevantes: un instrumento de evaluación secuencial que permite comparar el estado al ingreso con el estado al cabo de un tiempo, es el perfil Karolinska que, hemos adaptado a la infancia, nos ha permitido, p.e. señalar que el perfil de los pacientes mejora de forma importante entre los 14-18 meses del inicio de la psicoterapia, pero que a partir de los 18 meses de psicoterapia existe un empeoramiento de determinados parámetros del perfil de evaluación (Figs. 2, 3 y 4) (Groch & Pedreira, 1996). El perfil Karolinska tiene la ventaja de ser un instrumento que se puede realizar por consenso de los psicoterapeutas que han intervenido en las psicoterapias grupales o familiares, pero también se realiza a nivel de la psicoterapia individual.

FIGURA 2

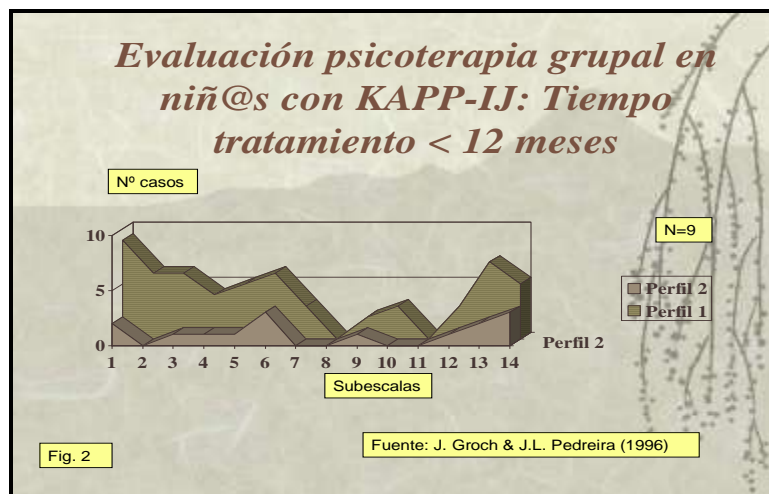


FIGURA 3

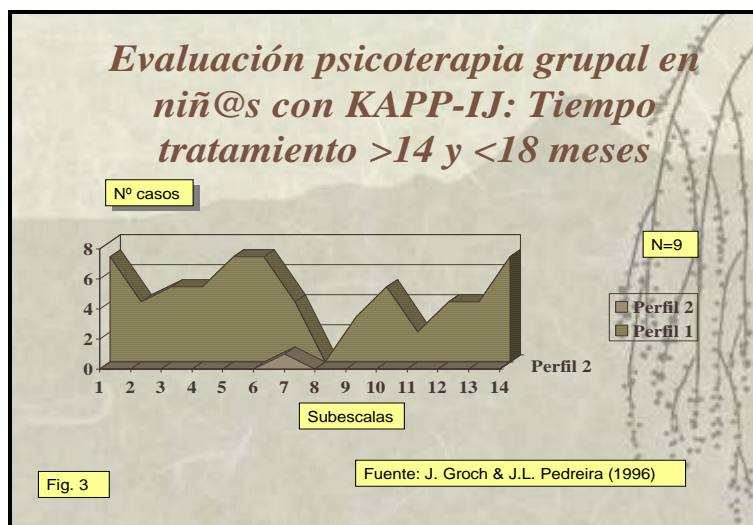
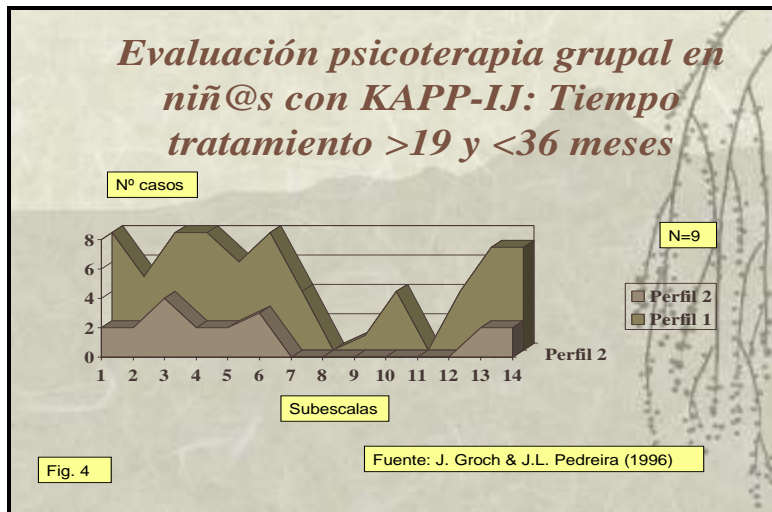


FIGURA 4



El segundo instrumento de evaluación es para la evaluación longitudinal, tanto del proceso terapéutico como del funcionamiento del servicio que realiza la psicoterapia. Este instrumento es el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RACP), método estimulado por la OMS para la evaluación de servicios, para evaluar intervenciones terapéuticas y para el diseño de líneas de investigación sobre una base concreta de población. Efectivamente el punto de referencia de los RACP es la base poblacional en concreto, de tal suerte que pudieran ser incluidos la totalidad de los recursos asistenciales, sean públicos o privados, bien es cierto que la mayoría de las publicaciones están dedicadas a la edad adulta, pero existen algunas con especial aplicación a la infancia y la adolescencia (G.H.H.M. Ten Horn & cols., 1988; Ten Horn & Pedreira, 1991; M. Kastrup, 1991; Pedreira, 1992; Pedreira & Eguiagaray, 1998).

LA PSICOTERAPIA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA EN EL ORDENAMIENTO INTERNACIONAL

En la mayoría de los países no existe una acreditación específica de psicoterapeutas ni ninguna disposición legal que ampare un ejercicio profesional tan comprometido y delicado como es la psicoterapia. En España el Decreto Ley del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud (BOE 10 de febrero de 1.995) se determina de forma explícita que las "psicoterapias individual, familiar y

grupal" son intervenciones del SNS y, por lo tanto, deben ser prestadas por sus dispositivos asistenciales. Pero no define ni psicoterapia ni las condiciones para llegar a ser psicoterapeuta.

La Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente emitió un documento al Ministerio de Sanidad y Consumo donde se contemplaban de forma diferenciada las intervenciones, dispositivos y tareas que se podían desarrollar en el campo de la atención a los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia y se acompañaba de un glosario de términos y una información epidemiológica suplementaria. En dicho documento se diferenciaban las intervenciones propias y específicas del SNS y aquellas otras intervenciones, dispositivos y tareas que eran propios de otros sistemas asistenciales (educativo y social). Además la Unión Europea de Médicos Especialistas establece en su ámbito que la titulación para los profesionales médicos sea de Psiquiatría y Psicoterapia de la Infancia y la Adolescencia.

Es en este contexto donde insistimos en la necesidad, cada vez más imperiosa, de aclarar legalmente los requisitos para el ejercicio como psicoterapeuta. No es de recibo que una titulación académica sea equivalente a capacidad de ejercicio profesional, si no se establecen unos controles precisos que eviten la mal praxis y las intervenciones perniciosas, poco éticas o claramente iatrogénicas.

En la Infancia y la Adolescencia es preciso señalar una consideración final de gran interés práctico: los tratamientos que se conocen como **integrados** (psicofarmacología+psicoterapia) se están extendiendo de forma general. Por una parte la acción psicofarmacológica permite un mejor abordaje terapéutico, un mejor enganche transferencial y, sobre todo, un acortamiento de la intervención, siendo su indicación preferente las crisis y las reagudizaciones sintomáticas. Pero el abordaje psicoterapéutico permite que la dosis sea más baja y se establezca el cuadro de forma más precoz, mejora el cumplimiento terapéutico y acorta el periodo de prescripción, por lo tanto son métodos que facilitan el alargamiento del periodo intercrítico. Los nuevos psicofármacos, tanto los antidepresivos como los antipsicóticos, favorecen este tratamiento conjunto e integrado porque las acciones secundarias y colaterales son menores y más llevaderas que con los medicamentos clásicos.

La formulación y desarrollo del **consentimiento informado** en los tratamientos de la infancia y la adolescencia es algo que se está desarrollando en la actualidad y que precisa una profundización mayor.

BIBLIOGRAFÍA

1. AJUNTAMENT DE BARCELONA & REAL PATRONATO DE PREVENCIÓN DE LAS MINUSVALIAS (1989): Desarrollo psicomotor de los dos primeros años de vida.
2. BERGER, M. (1984): Entretiens familiaux et champ transitionnel. París: PUF.
3. BIERMANN, G. (1978): Psicoterapia infantil. Barcelona: Espax, tomos I y II.
4. BOULANGER, M.D. & LANGEVIN, C. (1992): Direct observation of play-group therapy for social skills deficits. *Journal of Child and Adolescent Group Psychotherapy*, 2, 4, 227-236.
5. BOWBEN, M. (1991): De la familia al individuo. Barcelona: Paidós.
6. CASEY, R.J. & BERMAN, J.S.: The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 1985, 98, 388-400.
7. CONNELL, H.M. (1985): *Essentials of Child Psychiatry*. London: Blackwell Scientific Publications.
8. DAVANLOO, H. (1992): *Psicoterapia breve*. Madrid: Dor, S.L.
9. DIATKINE, R.; FERREIRO, E.; GARCIA REINOSO, E.; LEBOVICI, S. & VOLNOVICH, J.C. (1981): Problemas de la interpretación en psicoanálisis de niños. Barcelona: Gedisa.
10. DULCAN, M.K.; MARTINI, D.R. & LAKE, M.B. (2003): *Child and Adolescent Psychiatry*. Washington: APP.
11. FEAP (1996): Ley Federal austriaca 361 de 1 de junio de 1.990 sobre el ejercicio de la psicoterapia. 2, 7-11.
12. FERNANDEZ, R.; GARCIA, M.A. & PEDREIRA, J.L. (Coord.) (1990): *La contención*. Madrid: AEN.
13. FONAGY, P. & cols. (2003): Una revisión de puertas abiertas de los

estudios de resultados en Psicoanálisis. Edit. IPA.

14. FREUD, A. (1978): Normalidad y patología en la infancia. Buenos Aires: Paidós.
15. GARFINKEL, B.D. & al. (1990): Psychiatric Disorders in Children and Adolescents. Toronto: W.B. Saunders Company.
16. GONZALEZ DE RIVERA, J.L. (1993): Tratamiento psicoterapéutico. En J. Rodés y J. Guardia (Drts.): El manual de Medicina. Barcelona: Salvat-Masson, págs. 1020-1027.
17. GROCH, J.E.; PEÑA, I. & PEDREIRA, J.L. (1996): Psicoterapia grupal en la infancia: aporte de un instrumento de evaluación. Psiquis, 17, 9, 41-50.
18. JACOBS, M (1988): Psychodynamic Counselling in action. London: Sage.
19. KAHN, S.R. (1994): Children's therapy groups: Case studies of Prevention, Reparation and Protection through Children's play. Journal of Child and Adolescent Group Psychotherapy, 4, 1, 47-60.
20. KAZDIN, A.E. (1990) Child Psychotherapy. New York: Pergamon Press.
21. LBOVICI, S.; DIATKINE, R. & SOULE, M. (1985): Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. París: PUF.
22. LEFORT, R & LEFORT, R. (Sup.) (1992): Transferencia e interpretación en la práctica con niños. Buenos Aires: Atuel.
23. MANZANO, J. & PALACIO-ESPASA, F. (1993): Las terapias en Psiquiatría Infantil y Psicopedagogía. Barcelona/Buenos Aires: Paidós.
24. MATURANA, H. R. (1987): Biología del fenómeno social. Terapia Familiar, X, 16, 53-72.
25. MAZET, PH & HOUZEL, D. (1981): Psiquiatría del niño y del adolescente. Barcelona: Médica y Técnica, S.A. 2 tomos.
26. MACNAB, F. (1993): Brief Psychotherapy: An integrative approach in Clinical practice. New York: John Wiley & Son.
27. MESSERSCHMITT, P. & CHADEVILLE-PRIGENT, M.: Éthique en psychiatrie de l'enfant. Paris: PUF.
28. MUFSON, L.; MOREAU, D.; WEISSMAN, M.M.;

- WICKRAMARATNE, P.; MARTIN, J. & SAMOILOV, A. (1994): Modification of interpersonal psychotherapy with depressed adolescents (IPT-A): phase I and II studies. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 33, 695-705.
29. PAVLOVSKY, E. (1981): *Psicoterapia de grupo en niños y adolescentes*. Madrid: Editorial Fundamentos.
30. PEDREIRA, J.L. & GONZALEZ, C. (1988): Algunas consideraciones en torno a las psicoterapias infantiles. *Rev. Neuropsiquiatría Infanto-juvenil*, 12, 159-169.
31. PEDREIRA, J.L. (1991): THE Psychiatric Case Registers in Child Psychiatry: Clinical management and epidemiological approach. En A. Seva (Dir): *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*. Barcelona: Ed. Anthropos-Universidad de Zaragoza, tomo I, págs. 387-396.
32. PEDREIRA, J.L. (Coord.) (1996): Documento de acreditación específica de Psiquiatría y Psicoterapia de la Infancia y la Adolescencia: Una propuesta para España. Madrid: Smithkline-Beecham.
33. PEDREIRA, J.L. & EGUIAGARAY, M. (1996): Evaluación de un servicio de psiquiatría infantil a través de un registro acumulativo de casos psiquiátricos (RACP). *Rev. Psiquiatría Infanto-juvenil*, 4 (octubre-diciembre), 263-279.
34. PEDREIRA, J.L. (1998): Aplicaciones clínicas de la psicoterapia en la infancia. *Psiquis*, 19, 2 (febrero), 15-26.
35. PEDREIRA, J.L. (2006): Las Psicoterapias grupales en la infancia y la adolescencia: de la teoría a la práctica. www.DePsicoterapias.com (publicación electrónica), 08/08/2006.
36. PEREZ SANCHEZ, A. (1992): *Elementos de Psicoterapia breve Psicoanalítica*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer.
37. RAIMBAULT, G (1977): *Pediatría y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
38. REMSCHMIDT, H. (Edit.) (2001): *Psychotherapy with children and adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press.
39. RODRIGEZ SACRISTAN, J. (1995): *Psicopatología del Niño y del*

Adolescente. Sevilla: Ediciones Universidad de Sevilla, tomo II, págs. 1395-1535.

40. ROMERO, A.I. & FERNANDEZ LIRIA, A. (Coord.) (1990): Formación continuada en Atención Primaria: Salud Mental. Tomo II. Madrid: IDEPSA-Bristol-Myers.
41. SALEM, G. (1990): Abordaje terapéutico de la familia. Barcelona: Masson.
42. SARDINERO, E. & PEDREIRA, J.L. (1990): Juegos grupales y comunidad en salud mental infanto-juvenil. En A. Bauleo, J.C. Duro & R. Vignale (Coord.): La concepción operativa de grupo. Madrid: AEN, págs. 107-140.
43. SCHNEIDER, P.B. (1981): Propedéutica de una Psicoterapia. Valencia: Nau Llivres.
44. SIRLIN, M^a.E & GLSSERMAN, M^a.R (1974): Psicoterapia de grupo en niños. Buenos Aires: Nueva Visión.
45. SZASZ, Th.S. (1971): La ética del psicoanálisis. Madrid: Gredos, S.A.
46. TEN HORN, G.H.H.M.; GIEL, R.; GULBINAT, W.H. & HENDERSON, J.H. (Edits.) (1989): Registro de casos psiquiátricos en salud pública: un inventario mundial 1960-1985. A Coruña: Xunta de Galicia.
47. THOMÄ, H. & KÄCHELE, H. (1990): Teoría y práctica del psicoanálisis: II Estudios clínicos. Barcelona: Herder.
48. TOMAS I VILALTELLA, J. (Coord.) (1980): Psicoterapias en la infancia. Libro de Actas de la XXI Reunión de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil. Murcia.
49. WEISZ, J.R. & WEISS, B. (1993): Effects of Psychotherapy with Children and Adolescents. London: Sage.
50. YLLÁ, L. (1995): La formación y titulación de psicoterapeutas en Alemania. Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría, Sevilla.



APLICACIONES Y EFECTOS DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN LOS PROBLEMAS Y TRASTORNOS EMOCIONALES Y MENTALES DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES

DR. HERNÁN CONRADO ORTIZ HERRERA

INTRODUCCIÓN

Las terapias cognitivo-conductuales son actualmente reconocidas por sus múltiples aplicaciones y su gran efectividad clínica, también reciben el nombre de Terapias Reestructurativas, proponen esquemas de tratamiento efectivos susceptibles de comprobación científica, en cuanto a la respuesta que se pretende obtener tanto por parte del tratante como por parte de la persona que busca ayuda como paciente, autores como Caballo, Lega, Doyle, Camerini, mencionan lo anterior como condiciones importantes al escoger la escuela de psicoterapia a utilizar, en donde las técnicas que se apliquen y los resultados llenen las tres características básicas.

1. Contar con fundamentos científicos comprobables.
2. Que las técnicas funcionen para el clínico con evidencia científica.
3. Que las aplicaciones les funcionen a los usuarios y sean replicables por estos mismos en su condición de pacientes.

Estas terapias incorporan procedimientos cognitivos y conductuales dentro de sus formas de aplicación, dirigidas a distintos problemas con el fin de disminuir las condiciones y comparten dentro de ellas según Ingram y Scott 1990:

1. Los individuos responden, a representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales, en vez de responder a los acontecimientos mismos.
2. El aprendizaje esta modelado cognitivamente.
3. La cognición media la disfunción emocional y conductual.
4. Formas de cognición pueden ser evaluadas y registradas.

5. La modificación de la cognición puede cambiar la emoción y la conducta.
6. Los procedimientos cognitivos y los conductuales son deseables y se pueden integrar para el cambio.

Por lo anterior, estas terapias se centran en modificar lo aprendido que provoca conductas o emociones desadaptadas en la actualidad, responsables del malestar o la conducta no deseada, las personas, desaprendiendo lo anterior, aprenden nuevas formas de afrontamiento y resolución más adaptadas, también llamadas funcionales según Brewin.

FILOSOFÍA

Los principios filosóficos, permitirán una mejor orientación en muchos de los planteamientos a seguir, facilitando la comprensión y la aplicación de la escuela psicológica que se use, la base filosófica de las terapias cognitivas tiene sus orígenes por un lado en el siglo I después de Cristo con Epícteto, quien proclama “no son las cosas mismas las que nos perturban, sino las opiniones que tenemos de las cosas” premisa que hasta nuestros días está vigente en la terapia cognitiva, también está el estoicismo, desde Cicerón hasta Marco Aurelio, al mismo tiempo se implementan los planteamientos conductistas de Pavlov en Rusia y de Skinner en Estados Unidos, estos sustentaron sus escritos en la filosofía de teóricos como Kant, luego de la implementación y la fusión de estas dos corrientes por parte sus creadores, nacen las terapias cognitivas.

Los principales exponentes de las terapias cognitivas provienen de dos líneas vigentes y ampliamente conocidas, del Psicoanálisis y del Conductismo, siendo los que más fuertemente la desarrollan, Albert Ellis, en 1955 con su Terapia Racional Emotiva, quien la redefine como TREC, pues el componente conductual estaba presente desde sus inicios, y Aaron Beck 1960 con su Terapia Cognitiva Conductual, quienes hacen mención de su necesidad de abandonar la línea del psicoanálisis, debido a no encontrar en éste resultados favorables, autores que provenían del conductismo aportan a esta terapia precisamente la parte conductual, como Bandura 1969 Meichenbaum 1969 y Lazarus 1971, quienes describieron la necesidad de

incorporar y ampliar sus concepciones, ya que vieron limitaciones en el conductismo.

El modelo y concepto de los Esquemas es implementado en 1932 por Barlett, para hablar de las memorias, luego otro teórico que utiliza los Esquemas es Piaget 1951, las Escuelas Cognitivas, implementan el concepto de los Esquemas, de tal forma que es clave para todas las terapias de línea cognitiva.

MODELOS COGNITIVOS REESTRUCTURATIVOS

Esta es la manera en que son llamadas aquellas terapias cognitivas que según Mahoney y Arnkoff (1978) trabajan con los pensamientos desadaptados, dirigiendo sus intervenciones a establecer pensamientos adaptados, es importante tomar en cuenta, el modelo cuando de niños y adolescentes se trata, los más influyentes de las terapias cognitivas hacen sinergia y toman los planteamientos de Piaget, y sus explicaciones teóricas del desarrollo cognoscitivo, de los niños.

La terapia de los Esquemas de Jeffrey Young, describe que existen los Esquemas Tempranos Inadaptados (ETI) que pueden ser generados por los padres, a los 4 o 5 años de edad, y generaran patrones disfuncionales, auto-saboteadores, de pensamientos y emoción, que se iniciaron tempranamente, originados por necesidades emotivas insatisfechas en la infancia, por lo que al aplicar el modelo de J. Young se evalúan dos etapas.

1. Identificación de los esquemas y aprendizaje
2. Procesos de cambio.

La teoría del Modelado de Albert Bandura en 1977 propone una forma de aprendizaje, que se suma al clásico y al operante, propone el Aprendizaje Social, aquel que se produce al observar conductas y los resultados obtenidos por en otras personas, lo que se denomina Aprendizaje Vicario, este puede darse incluso al observar una película según lo plantea Bandura, la imitación de conductas recibe el nombre de Modelado, este proceso lleva implícito 2 condiciones.

1. La elección de “Modelos”
2. La observación de Resultados “Refuerzo Vicario”

La terapia Cognitiva Conductual de A. Beck.

Modelo cognitivo de Beck:

Situación → Pensamiento Automático → Conducta

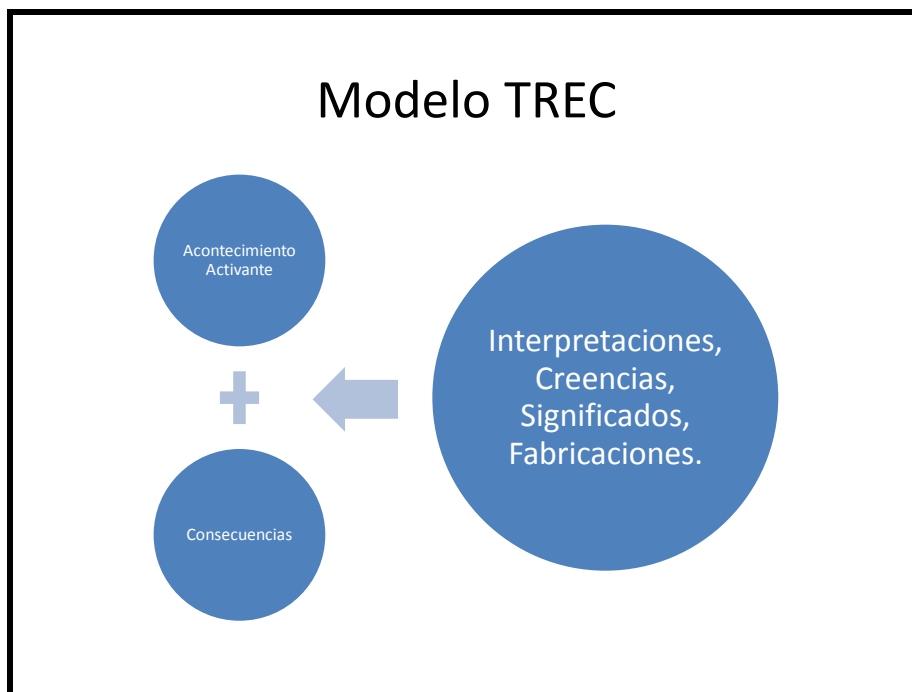
Este modelo ha sido estudiado por muchos autores y su aplicación en adultos y adolescentes ha demostrado ser efectivo, reestructura las cogniciones distorsionadas y las conductas desadaptadas, utiliza el concepto Beckeano de “Empirismo Colaborativo.”

La terapia Racional Emotivo Conductual de Ellis.

Modelo ABC de Ellis:

**A=Situación Activante → B=Creencia (Interpretación)
C=Consecuencia**

Este modelo ha sido desde sus inicios estudiado tanto por los afines como por sus más fuertes opositores, y ha demostrado ser altamente efectiva en la aplicación para reestructurar las ideas y pensamientos mal sanos, disfuncionales por pensamientos y conductas mas adaptadas, funcionales y sanas, tiene aplicaciones diferentes tanto en adultos como en adolescentes y niños.



APLICACIÓN DE LAS TERAPIAS REESTRUCTURATIVAS

Cuando se trata de crear programas de intervención para niños y adolescentes es importante que se involucren los padres en el tratamiento y que en lo programado se les haga partícipes de las tareas a desarrollarse, esto es lo que en las Terapias Cognitivas recibe el nombre de EP, que significa entrenamiento de padres, lo que favorecerá una mejor participación por parte de estos en los programas de terapia que se desarrollen en beneficio de los niños y adolescentes, las terapias cognitivas pueden aplicarse a tantos problemas clínicos, como por ejemplo:

- Enuresis.
- Encopresis.
- Trastornos depresivos.
- Trastornos de ansiedad.
- Agresión.
- Enojo.
- Conductas opositoras.
- Adicciones.

LA INTERVENCIÓN EN NIÑOS

Las terapias cognitivas en niños tienen ya bastante sustentación científica, se desarrollara en este segmento la implementación de los distintos modelos de manera integral, mas mencionaremos términos específicos como el modelo de colaboración entre el niño, el adolescente y el terapeuta que es llamado por Beck “Empirismo Colaborativo” este lleva metas específicas orientadas a el aprendizaje de nuevas habilidades, centrándose en el ahora, más que en el pasado.

Esto es compartido por las otras escuelas cognitivas, el vinculo entre emociones y cogniciones fue señalado por Ellis (1962) en la TREC la utilización de las técnicas cognitivas varían dependiendo de la edad, se separa a los niños para la aplicación del modelo, debido a que los procesos operacionales de Piaget, inician a la edad de los 6 años, etapa Operacional Concreta, en esta etapa el modelo o esquema a utilizar es:

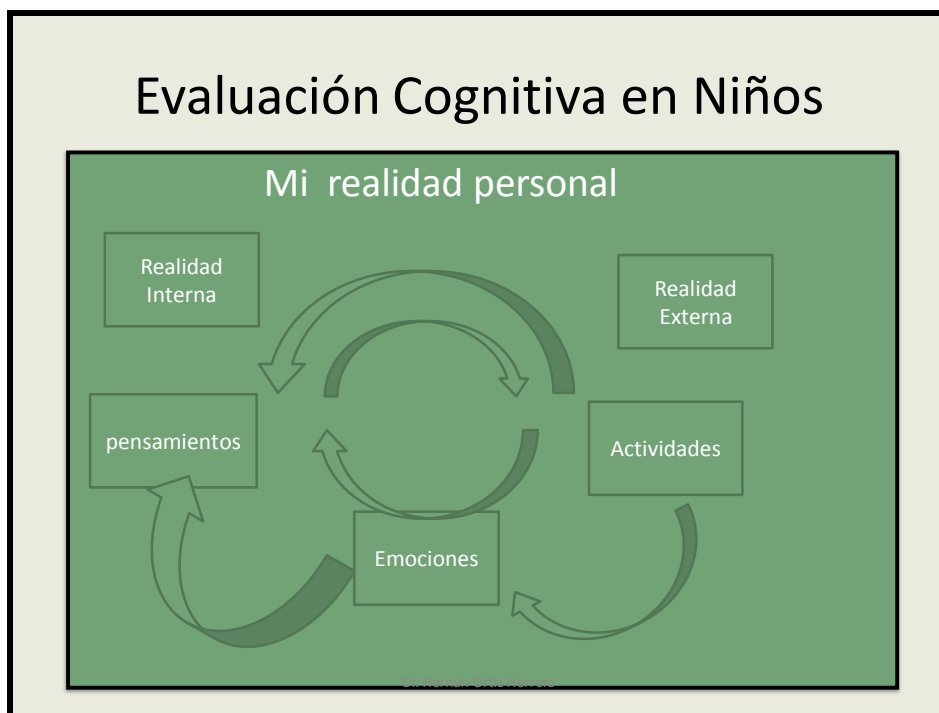
- **H= Que paso. (haping)**

- **T= Pensamientos. (thoughts)**
- **F= Sentimientos. (feelings)**
- **B=Creencias. (beliefs)**

Los objetivos de la evaluación son:

- **Fase I Identificar el problema.**
- **Fase II Analizar el problema.**
- **Fase III Implementar programa integral de terapia.**

Tanto la Terapia de Ellis como la de Beck, pretenden en la intervención con niños pequeños lograr la alianza, luego enseñarles a reaccionar emocionalmente de manera funcional, se les enseña el Esquema Emocional, y el Vocabulario Emocional, con ellos se utiliza la educación en habilidades sociales, asertividad, manejo de la ira, entre otros.



El tratamiento centrara como metas:

1. **Manejo de emociones.**
2. **Responsabilidad emocional.**
3. **Cambiar emociones no saludables a saludables.**

En niños pequeños se logra llegar a las metas anteriormente descritas, al favorecer que se den cuenta de sus pensamientos y emociones, en la terapia

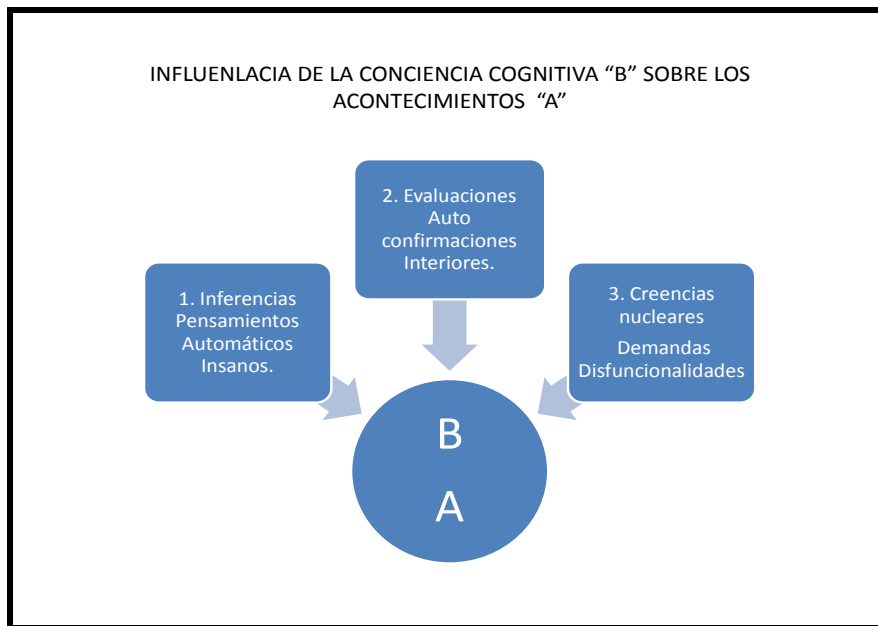
se necesita desarrollar un sistema que les permita expresar las emociones, aprender a diferenciar entre pensamiento y sentimiento, los que intervienen con niños pequeños evitan el lenguaje de adulto, usan lenguaje de niño con ejemplos, usan vocabulario emocional y evalúan si el niño lo usa, le educan para que lo use, verifican palabras emotivas con el niño, se puede utilizar la escala de unidad subjetiva de malestar de Wolpe, (EUSM) en esta etapa es importante investigar el afecto en el niño, son de gran importancia para evaluar el esquema emocional del niño el uso de:

- 1. Cuentos.**
- 2. Imágenes.**
- 3. Modelar.**
- 4. Juegos.**
- 5. Títeres. Etc.**

Las áreas de evaluación emocional incluyen determinar si el niño siente tristeza, preocupación, evaluar su desenvolvimiento social, si presenta ira, baja tolerancia a la frustración.

Luego de la evaluación del área emocional, se evalúa el Área cognitiva (Waters, 1982). Se implementan en el tratamiento técnicas como la Visualización, o el uso de la Imaginación Racional Emotiva (IRE) se recomienda iniciar la discusión de los pensamientos después de la 2da. Sesión, en la primera lo mas importante como en todo tratamiento será lograr la alianza y el vinculo con el niño, se inicia la disputa y enseña los modelos para que ellos aprendan a auto-disputar sus pensamientos, se da entrenamiento en auto-instrucciones, solución de problemas, auto-monitoreo, auto-refuerzo, se utilizan tratamientos para la conducta como manejo de contingencia, economía de fichas, tiempo de descanso, quitar privilegios, se disputa la baja tolerancia a la frustración, las auto declaraciones, se aplica en juego de roles, se proveen ideas alternativas, etc. Importante en el transcurso de la terapia el asignar tareas para casa las más recomendadas son Tareas Cognitivas: Cuentos, el niño enseña a sus padres lo aprendido, listado de demandas, las auto declaraciones, Tareas Emotivas: los Auto-registros, la Imaginación Racional Emotiva, las Auto-declaraciones, el manejo del enojo, los acuerdos como tareas. Tarea

Conductuales: Control del Enojo, ataque a la vergüenza, acumular evidencias, auto registros.



INTERVENCIÓN EN ADOLESCENTES

En los niños de 12 años, presenta en su desarrollo cognitivo la etapa de: operaciones formales según Piaget, y en los adolescentes se utiliza en Modelo ABC de la TREC, o el modelo Cognitivo de Beck, los adolescentes presentan la ventaja de usar sus procesos cognitivos, no significa que esto que la tarea para el que trabaja con adolescentes será fácil, ya que son por mucho, reacios al tratamiento y difíciles por lo mismo, la evaluación y tratamiento de los adolescentes incluye:

- 1. Establecer relación.**
- 2. Definir el problema.**
- 3. Intervención en el problema.**
- 4. Resolución del problema.**

Para establecer relación es importante escuchar sin interrupciones por periodos largos, evitar al mismo tiempo los silencios, aceptar la realidad del que consulta, guiarlo a la discusión de opiniones y actitudes propias.

Para definir el problema es necesario obtener diagnostico de las quejas del adolescente, basadas en lo que él llama su realidad y en su estado psíquico-emocional, evaluar pensamientos irracionales, hoy disfuncionales, (Waters, 1981) o las creencias nucleares o esquemas de J. Young.

En la Práctica Clínica

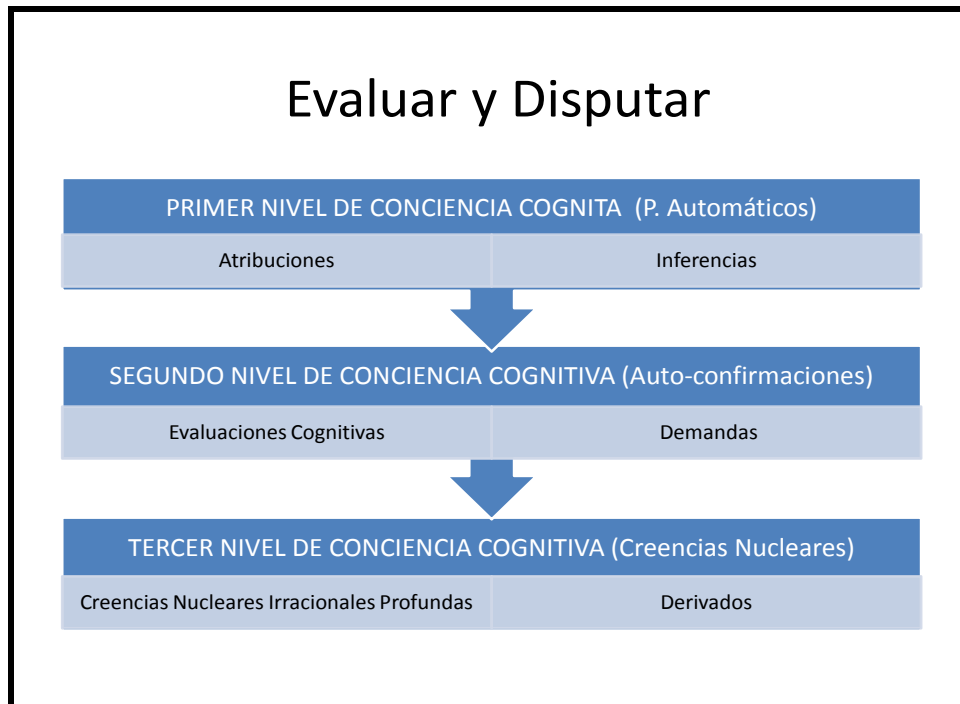
Preguntar acerca de..., Discutir la falta de Lógica de.... lo Inadecuado de....

Preguntar las bases de..., Discutir la falta de Evidencia, de Certeza de, lo Absurdo de, Ridículo de....

Preguntar acerca de....., Discutir lo Impráctico de, lo absurdo de... inútil de... Inapropiado, innecesario de.....

Para intervenir en el problema, es necesario establecer las motivaciones del adolescente, establecer la alianza terapéutica, cuidando de no disputar los pensamientos pronto, explicar los roles, establecer metas de la terapia conjuntamente y el trabajo y las tareas y lo aprendido por ambos para lograr el cambio, recordar que muchos son coaccionados para asistir a la terapia, por lo que se recomienda establecer expectativas comprobables de cumplir en la sesión, asignación de tareas y estructuración de mecanismos de monitoreo, intervenir en la baja tolerancia a la frustración, las distorsiones cognitivas y las generalizaciones, disputar las demandas y los derivados de Ellis, modificar las auto-exigencias, adiestrar en pensamiento vertical, e identificación de pensamientos, de Beck, trabajar sobre la evaluación de los demás, favoreciendo la aceptación incondicional, iniciar el reconocimiento de pensamientos automáticos, enseñar tareas para casa según el modelo cognitivo con hojas de auto-registro, ya sean de Beck o de Ellis, entrenar en habilidades sociales, manejo de la ira, etc. En cada sesión es necesario recapitular y dejar claro lo que se trabajara en conjunto.

Evaluar y Disputar



APLICACIÓN CON LA FAMILIA

Como se mencionó con anterioridad se implementa el EP entrenamiento para padres, dentro del programa de terapia es meritorio evaluar los pensamientos disfuncionales existentes en los padres y/o los pensamientos automáticos, en un sin fin de situaciones se evidencia la utilización de esquemas disfuncionales, por parte de los padres de los niños y los adolescentes, tales como baja tolerancia a la frustración, uso del todo o nada, distorsiones cognitivas, generalizaciones, tremendización, uso de demandas, deberías, debes, supuestos, visión negativa, y tantas otras que en la sesión se recomienda chequear el ánimo, las emociones y los síntomas conductuales, intervenir en la asignación de tareas y en el convenio terapéutico dejar claro la participación de los progenitores tanto en la terapia, el seguimiento como en la ejecución de tareas para el cambio, ya que no solo el niño o el adolescente se incluye dentro del programa, es vital la modificación de actitudes y conductas por parte de los padres, así como su activa participación, lo que favorecerá resultados positivos, el terapeuta aclarará con los padres como si se tratase de una terapia individual, las metas, los tiempos, las tareas, los modelos a utilizar y el tipo de terapia, se instruirá en el modelo, y en las hojas de tareas para casa, sin romper la confianza ni la confidencialidad, el objetivo será establecer modos de

monitoreo y control adecuados, se discutirán los puntos de agenda, las metas, todo esto luego de que el terapeuta ha logrado trabajar con los padres y minimizado las posturas o actitudes malsanas que estos presenten o el uso de esquemas de creencias disfuncionales que frecuentemente utilicen que puedan interferir negativamente en los resultados esperados, como el estudio y disminución o extinción de reacciones de enojo de parte de los padres para corregir la conducta inapropiada del niño o adolescente, cuando esto se da el terapeuta trabajara o referirá para trabajo programas que permitan corregir las conductas de los padres, todo esto permitirá adoptar modelos nuevos por parte de los niños y los adolescentes, salvo casos en los que no se cuente con este soporte se trabajara exclusivamente con los niños, o con los adolescentes.

Hoja de Auto registro

Situación →	Pensamientos →	Conductas →

Dr. Hernán Ortiz Herrera

Las terapias cognitivas han desarrollado tantos procedimientos y estructuras que un buen terapeuta usara aquellos que considere más funcionales en un momento dado, con el capítulo no se pretende crear un tratado, este es un resumen, en ningún momento vamos a reducir, a las escuelas cognitivas, no nos arriesgaremos a atentar contra la cognición de los lectores mucho menos la de los maestros y tantos y tan grandes autores expertos en el tema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alford B. & Beck, A. (1997) The integrative power of cognitive therapy New York: Guilford Press.
2. Bandura A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
3. Barlow G. (1993). Clinical handbook of psychological disorders. New York: Guilford Press.
4. Basler H.-D., Jaekle, C., Keller, S., & Baum, E. (1999). Self-efficacy, decisional balance, and the motivation to do vigorous exercise. *Zeitschrift Für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 20(3), 203-216.
5. Beck Aarón et al, (2005) Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad.
6. Beck A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York, NJ: Guilford Press.
7. Bermúdez J. (2002). Psicología de la personalidad. Madrid: UNED
8. Bernard M. E. y Di Giuseppe, R. (1994). Rational-emotive consultation in applied settings. Hillsdale: Lawrence Erlbaum associates.
9. Bhandari A., & Agarwala, S. (1996). Related efficacy of self-monitoring alone and self-monitoring in combination with progressive relaxation in the modification of pica behavior. *Psycho Lingua*, 26(2), 87-91.
10. Bobes Julio (2003) Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica.
11. Borda Tania, (2009) Trastorno Obsesivo Compulsivo Mecanismo y Forma.
12. Botella C. (1991). Terapia cognitivo estructural: El modelo de Guidano y Lotti. En V.E. Caballo. Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta (pp. 581-606). Madrid: Siglo XXI.
13. Camacho Martín, (2003) el ABC de la Terapia Cognitiva.

14. Cano Sánchez Justo José y Ruiz Sánchez Juan José, Manual de Terapia Cognitiva Psicología On Line.
15. CATREC, (2009) Seminario Nivel Asociado.
16. Ellis Albert, (1981) Manual de terapia racional emotiva 6ta edición.
17. Ellis, Albert y Otros. (1992) "Terapia Racional-Emotiva con Alcohólicos y Toxicómanos". Editorial Desclée De Brouwer, S.A. España. .
18. Fairburn CG, Agras WS, Wilson GT.: The research of the treatments of bulimia nervosa. En The biology of feast and famine (Anderson G.H. y Kennedy, S.H. Eds.), Nueva York, Academic Press, 317-340, 1992.
19. Fairburn CG, Wilson G.: Binge eating: Nature, assessment, and treatment, Londres, Guilford Press, 1993.
20. Gonzáles Julio, (1999) Sentirse bien esta en tus manos.
21. Hernández, J.M., Santacreu, J., y Rubio, V.J. (1999). Evaluación de la personalidad: Una alternativa teórico metodológica. Escritos de Psicología, 3, 20-28.
22. Imbernón González Juan José, Cano Sánchez Justo José, (1999) Psicoterapia Cognitiva de Urgencia ESMD-ÚBEDA.
23. Jacobson James, (2002) Secretos de la Psiquiatría.
24. Kaplan Harold, (1996) Manual de Psiquiatría de Urgencias.
25. Lega Leonor y Vicente Caballo, (2002) Teoría y práctica del la terapia racional emotivo conductual.
26. Mahoney J. (1998) Cognición y psicoterapia, edit. Paidós.
27. Meichenbaum D. (1977). Cognitive behavior modification. New York: Plenum Press.
28. McKay M. Davis, M. y Fanning, P. (1985). Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. Barcelona: Martínez Roca. (Orig. 1981).
29. Obst Camerini Julio, (2005) Introducción a la terapia cognitiva.
30. Ortiz Herrera, (2007) Terapia Cognitiva, Gaceta Psiquiátrica de Guatemala.
31. Ortiz Herrera, (2008) Abordaje integral medico-psicológico.
32. Polaino Lorente, A. (1988). Las depresiones infantiles. Madrid: Morata.

33. Méndez, F. X. y Macia, J. (1993). *Modificación de Conducta con niños y adolescentes. Libro de casos.* Madrid: Pirámide.
34. Quinto Barrera Emilio, (2002) *Manual de terapia cognitiva conductual.*
35. Ribes E. y Sánchez, S. (1990). *El problema de las diferencias individuales: Un análisis conceptual de la personalidad.* En *Psicología general.* México: Trillas.
36. Rodríguez Sacristan, J. (1995). *Psicopatología del niño y adolescente.* Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Sevilla.
37. Román J. M. y Garcia, D. A. (1990). *Intervención clínica y educativa en el ámbito escolar.* Valencia.
38. Santacreu J. Hernández, J.M., Adarraga, P. y Márquez, M.O. (2002). *La personalidad en el marco de una teoría del comportamiento humano.* Madrid: Pirámide.
39. Schaefer C. E. y Millman, H. L. (1983). *Therapies for children. A handbook of effective treatments for problem behaviours.* San Francisco: Jossey-Bass Publishers. (7ª edición).
40. Tallis Frank, (1999) *Trastorno Obsesivo Compulsivo.*
41. Vernon A. (1989). *Thinking, Feeling and Behaving. An emotional education curriculum for adolescents.* Illinois: Research Press.
42. Waters V. (1980). *Rational stories for Children.* Nueva York: Institute for rational living.
43. Wilkes T. C. R. y Cols. (1994). *Cognitive therapy for despressed adolescents.* Nueva York: Guilford Press.

INTERVENCIONES FAMILIARES EN SALUD MENTAL INFANTO – JUVENIL

DR. CRISTÓBAL MARTÍNEZ

INTRODUCCIÓN

Todos los momentos decisivos en la vida son hitos que marcan el ciclo vital y que demandan cambios en el concepto de sí mismo y en el sentido de identidad. Los eventos del ciclo vital son más traumáticos si ocurren fuera del tiempo esperado dentro del curso de la vida. En este sentido la psicología del ciclo vital no es una psicología de conducta en crisis sino una psicología de los momentos.

Cárter y McGoldrick clasifican las fuentes de ansiedad de una familia de acuerdo a dos ejes: vertical y horizontal. El eje vertical está constituido por los patrones de relación y de funcionamiento que son transmitidos de generación en generación y que incluyen actitudes, tabúes, expectativas y etiquetas familiares. El eje horizontal incluye la ansiedad producida por presiones en la familia, a medida que se mueve a través del tiempo, manejando los cambios y las transiciones a través del ciclo vital. Incluye tanto eventos predecibles como impredecibles que pueden irrumpir y alterar el ciclo vital, tales como muertes, catástrofes, enfermedades etc.

El grado de estrés que se produzca, en un momento dado, cuando convergen situaciones o patrones de ambos ejes, determinará en qué medida puede una familia manejar sus transiciones a través de la vida. Una presión excesiva en ambos ejes, en el momento en que convergen, puede inducir una crisis en el sistema. Un ejemplo concreto, en el eje vertical existe un criterio alrededor de las relaciones sexuales prematrimoniales y el embarazo de la hija soltera. En fin actitudes, tabúes etc. alrededor de todo eso muy cerradas y fuertes. Si la niña sale embarazada situación del eje horizontal que converge puede producir una crisis. Sin embargo si esta nunca ocurre el sistema no sufre alteración. Si la niña se embaraza pero el eje vertical no tiene gran presión se resuelve la situación sin problemas.

Otro concepto básico es el de que, existen tareas emocionales que deben ser llevados a cabo por la familia en cada etapa de su ciclo vital, requiriendo un cambio en el estatus de los miembros, en las reglas del sistema y en el significado de los eventos. Siguiendo este marco referencial, podríamos decir que una familia como sistema va a ir pasando de una etapa a otra y va a estar sometida correctamente a presiones externas e internas que van a poner a prueba los recursos para manejar estrés y conflictos.

Sabemos que el sistema posee capacidad para mantener su equilibrio o para producir nuevas reglas. Como podemos ver la familia puede encontrarse no sólo en situación de estrés, sino de crisis. Crisis (del griego “krinein”) significa decidir. La crisis es a la vez decisión discernimiento, así como también un punto decisivo durante el que habrá un cambio para mejorar o empeorar.

Todos los humanos pueden estar expuestos en ciertas ocasiones de sus vidas y experimentar crisis caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación y trastornos en las estrategias de enfrentamiento. El estado de crisis esta limitado en tiempo, casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita (eje horizontal), puede esperarse que siga patrones secuenciales de desarrollo a través de diversas etapas, y tener potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más alto o más bajo. La resolución final de las crisis depende de numerosos factores, incluyendo la gravedad del suceso precipitante por un lado y por el otro, recursos personales del individuo, en este caso de la familia (eje vertical) como actitudes, experiencias, criterios, tradiciones, cohesión, adaptabilidad, fuerza, etc., así como los recursos sociales, del individuo y la familia.

En ocasiones pudieran darse situaciones no sólo críticas sino catastróficas donde existen otras variables imprevistas (temblores, guerras, incendios, ciclones, etc.) que desorganizan totalmente el sistema. En esta situación el proceso regular se desordena, y entra en cambios acelerados. Aún en esta situación catastrófica hay un orden, lo que sucede es que es tan complejo que no lo podemos predecir ni describir.

Podemos entonces de acuerdo a lo anterior, tratar de describir tres situaciones en las que podría ser conveniente una intervención a nivel del sistema familiar:

1. La familia es **incapaz de crear nuevas reglas** para cumplir con sus tareas vitales y resolver problemas a pesar de que posee los recursos necesarios.

En este punto se hace alusión al ciclo vital de la familia y a los cambios que tienen que hacerse necesariamente a lo largo del desarrollo del sistema familiar. Cuando la familia no es capaz de producir estos cambios el sistema queda atrapado en un proceso regido por patrones disfuncionales.

2.- Crisis familiares donde existen factores inesperados que sacuden y alteran al sistema familiar. En este grupo se incluyen todas a aquellas situaciones donde hay un elemento desencadenante de la crisis, que pueden ser ajenos a la dinámica familiar interna determinado por la estructura macrosocial a la que se pertenece.

Ejemplos de ello son la muerte o enfermedad de un miembro, invalidez o pérdida en el trabajo con disminución de los ingresos, accidentes, cambio de domicilio, catástrofes etc.

En estos momentos críticos el estrés generado es de tal magnitud que rebasa la capacidad del sistema y sus recursos.

3.- La familia como sistema se ha detenido en su desarrollo. Aquí encontramos a familias que no evolucionaron en el tiempo. Son sistemas no diferenciados, rígidos, que desde la constitución de la pareja han funcionado de manera inflexible con patrones trigeracionales.

Son a veces sistemas donde los límites no son claros donde se tiende a la fusión, a la indiferenciación y a la simbiosis, o de sistema con límites infranqueables que impiden la diferenciación de los miembros del sistema.

Enfermedad mental y familia

Se han desarrollado múltiples modelos de análisis de las relaciones familiares que tratan de comprender de modo general el vínculo entre los conflictos familiares y la enfermedad de uno de sus miembros. Se describen así dos grandes actitudes una se denomina centrífuga y otra centrípeta. En la actitud centrípeta la familia tiende a impedir que sus miembros se comuniquen con el exterior. Todo debe quedar dentro de la familia. Ven el mundo como un lugar misterioso y peligroso. Los conflictos no tienen salida y reverberan una y otra vez. La exageración y cronicidad de

esa actitud provocaran trastornos psicossomáticos. Minuchin ha elaborado un modelo para tratar de comprender la generación de problemas psicossomáticos, los cuales ve como el producto de unas interacciones que hacen que la familia entera pueda ser definida como psicossomática. El ejemplo de la diabetes es muy significativo. Minuchin estudio niños que sufrían cetoacidosis diabética recurrente. Se planteó determinar la influencia de las relaciones familiares en el desarrollo de la enfermedad. Pudo comprobar que el nivel de ácidos grasos en sangre variaba según el estrés familiar. En la actitud centrífuga los miembros de la familia son empujados al exterior. La comunicación y la afectividad están muy limitadas. Los problemas más típicos se dan en el comportamiento, en la relación o en conductas delincuenciales o adictivas.

También existen problemas que deterioran la relación familiar. Los dos ejemplos máximos, que con frecuencia van unidos, son el alcoholismo y la violencia. Estos problemas no sólo alteran a las personas que los padecen, sino que tienen un efecto terrible en los demás miembros de la familia especialmente en los niños.

Una vez establecida la vinculación entre lo psicopatológico, lo familiar y lo social se puede justificar la importancia de atender estos factores en la atención primaria y especializada. Algunos datos nos indican el alcance de estos factores. Alrededor del 15 al 18% de las personas tienen algún problema de salud mental. Del 50 al 70% de las visitas al médico de atención primaria tienen algún factor psicológico asociado. De ellas el 25% tienen alteraciones psicológicas identificables. La ansiedad y la depresión están entre los 6 síndromes que más se presentan.

PSICOTERAPIA FAMILIAR

La idea de intentar tratar a una familia aparece en Estados Unidos de América en 1950. En lugar de depender de lo que una persona cuenta acerca de la vida de su familia, actualmente el investigador la observa relacionándose con ella. Parte importante del modelo médico era la idea de que una persona podía cambiar si se la sacaba de su contexto social y se trataba individualmente en un consultorio particular o dentro de un hospital. Una vez cambiado volvería a su medio social.

Al final de la década de 1950 estaba claro que la terapia familiar era un concepto diferente. Al pensar en nuevos enfoques sobre el problema humano, los terapeutas familiares tuvieron que revisar sus conceptos sobre la importancia del mundo real. Muchas veces su propósito estaba en contra de lo que habían aprendido durante su formación. Pensar que el problema de una persona estaba en su introyección materna era diferente que pensar que el problema era con su esposa. Aunque ahora parezca extraño, un niño con fobia a la escuela podía ser diagnosticado y tratado sin tener en cuenta su situación real en su hogar o en la escuela. Un adolescente impulsivo en un hospital era examinado sin tener en cuenta su situación dentro del mismo.

La terapia de grupo basada en grupos artificiales se fue enriqueciendo con la teoría de los roles, de la información, de los sistemas y de la comunicación humana. También a partir de 1960, los terapeutas conductistas comenzaron a aproximarse a los terapeutas familiares pero la teoría del aprendizaje tiene una estructura exclusivamente diádica. Entonces se plantea que la terapia familiar no es un método de tratamiento, sino una nueva orientación en el dilema humano, lo cual nos parece algo exagerado pero evidentemente fue un salto cualitativo en el quehacer terapéutico.

La importancia de la indicación de los tratamientos familiares en el momento de la crisis ha reforzado la vigencia de este proceder. Para cambiar una situación estabilizada y empobrecida y permitir el desarrollo individual de los miembros de la familia, el terapeuta frecuentemente puede inducir una crisis que produzca inestabilidad. Cuando los hospitales están involucrados en el proceso de estabilización, esto es mucho más difícil. En los enfoques comunitarios se hace hincapié en que la aproximación, a través de la terapia familiar, es posible y más relevante que en la terapia tradicional individual. El número de curaciones, por terapias individuales de larga duración de orientación psicoanalítica, en instituciones cerradas, es igual al número de remisiones espontáneas. En cuanto a los adolescentes se refiere, la meta del tratamiento es cambiar al joven hacia una madurez y responsabilidad individual. Para ser maduro y responsable uno debe tomar decisiones sobre como tratar los grandes y pequeños problemas de la vida diaria. En el hospital, el joven no es puesto a prueba y no tiene la oportunidad de conducirse él mismo como debe hacerlo una persona

responsable. No puede continuar su formación académica. No es responsable ni siquiera de decisiones elementales; cuando debe levantarse, que debe comer, cuando debe acostarse, la conducta sexual está prohibida; cada día que pasa en el hospital se está rezagando de sus contemporáneos en el mundo real, ésta es una situación de tratamiento kafkiano. Esto refuerza nuestro criterio de que una de las primeras indicaciones de la terapia familiar son las “crisis” de la adolescencia.

Ante todo, es oportuno y necesario aclarar que el hecho de incluir este tema en este libro, no aspira, ni pretende que los lectores se conviertan, como por arte de magia, en terapeutas familiares, ya que, como es conocido, para ello es imprescindible un entrenamiento sistemático y profundo, lo cual no puede ser objetivo de este capítulo.

Sin embargo, creemos importante dar a conocer, algunos elementos diagnósticos que los faculten para hacer una evaluación de determinadas problemáticas, a su nivel, y detectar precozmente alteraciones en la dinámica o en la estructura familiar, que le permitan orientarla adecuadamente, si está a su alcance. De acuerdo a su evaluación y la profundidad del problema podrá, por supuesto, hacer una mejor remisión hacia el terapeuta familiar más cercano. Nos proponemos, a éste efecto, brindar además, algunas técnicas y algunos elementos útiles para la intermediación en determinados casos.

La “confianza básica” que la familia tiene en su médico, cuando éste la ha reforzado con su dedicación, es a veces mas terapéutica que la mejor de las técnicas. Si además tenemos en cuenta que, en ocasiones, en comunidades específicas, es la única persona a la cual puede acudir la familia en busca de ayuda y en quien únicamente confía, entonces éste acierto se hace aun mas valedero. Al no darles a nuestros médicos estos elementos corremos el riesgo que la familia caiga en manos de charlatanes y oportunistas que van a medrar con estas situaciones.

Para poder intervenir en una familia, aunque sólo sea a un nivel elemental, es necesario hacer una evaluación de: sus problemas, algunas categorías dinámicas y estructurales, los recursos con que se cuenta y una integración diagnóstica. Estamos seguros que el médico de atención primaria, los psiquiatras, los psicólogos, las trabajadoras sociales, las enfermeras

especializadas a su nivel pueden hacerlo e incluso intermediar en algunos conflictos con eficacia, sin peligro de hacer iatrogenia, si sigue las recomendaciones que le vamos a indicar en éste capítulo y si procede con el cuidado y precauciones que señalamos. En función de ello vamos a ofrecerles algunos elementos teóricos sobre evaluación, diagnóstico, objetivos, estrategia y una técnica con pocos riesgos para orientar a las familias con dificultades.

Requisitos mínimos para hacer psicoterapia

1.- Elaboración de una base teórica para un sistema de psicoterapia

Mucho se ha hablado y se ha discutido acerca de cual teoría es la mejor para hacer psicoterapia, nosotros somos del criterio que todas las teorías tienen aportes valiosos y desaciertos. Lo importante radica en que es necesario tener conocimientos teóricos lo mas amplios posibles para no caer en el pragmatismo y en el empirismo, lo cual es extremadamente peligroso, ya que conduce a un quehacer terapéutico desorganizado, incoherente, sin objetivos y sin una estrategia definida previamente. Es posible que alguien con criterios muy ortodoxos critique esta posición como ecléctica. Es preferible que nos acusen de eclécticos a que nos acusen de audaces, atrevidos o dogmáticos.

2.- Efectividad de los procedimientos

Claro debe quedar para todos que no basta con tener profundos conocimientos teóricos obtenidos de las últimas publicaciones. Es necesario que los procedimientos empleados sean efectivos, ya que de no ser así la familia se nos escapará a las pocas sesiones del tratamiento. Su marco teórico puede ser muy amplio, puede ser muy actual, pero si las técnicas que usa no ejercen una influencia positiva el fracaso es seguro. Quizás el lector se pregunte ¿cómo puedo en las primeras sesiones lograr un efecto tal que resuelva problemas habitualmente arraigados en la familia desde hace mucho tiempo? Es cierto, pero el terapeuta tiene que lograr desde la primera entrevista convencer a la familia de que sabe lo que está haciendo y por qué, hacia donde va y que su proceder es efectivo. A este aspecto le llamamos “**enganche**” y es de vital importancia porque si no enganchamos a la familia no habrá segunda entrevista ni ninguna más

3.- Criterio de elección

Hay muchas elecciones que hacer. Hay que elegir el terapeuta, el “paciente”, el método y la “patología”. Es conveniente aclarar estos términos, sobre todo los que están entre comillas.

Al **terapeuta** hay que elegirlo ya que no todos los profesionales, independientemente si son especialistas en psiquiatría, psicología, trabajo social o enfermería, tienen la capacidad, las aptitudes ni las actitudes para hacer psicoterapia. El terapeuta debe reunir ciertas características de sensibilidad, modestia, confiabilidad, ética, responsabilidad, capacidad, solidaridad, honestidad, desprendimiento y otras que el espacio no me alcanza a describir como la afabilidad, la simpatía, la empatía, además de otras que quizás no haya adjetivos para definir las.

Cuando hablamos de **escoger al paciente** quizás sea fácil entenderlo cuando nos referimos al paciente individual. Todos reconocemos la imposibilidad de hacer psicoterapia en pacientes cuyo problema tiene una base “orgánica”, con el propósito de curar la entidad en cuestión, pero no es menos cierto que aunque no podamos hacerlo, si podemos ayudar en el manejo de la familia hacia estos casos. Ahora si consideramos a la familia como “paciente” el enfoque cambia radicalmente. El hecho de que algunos de los miembros de una familia sea diabético, no hace una “familia diabética”. Preferimos no hacerlo basados en el criterio de que la familia es una institución social, no un organismo biológico. El criterio de enfermedad mental se fundamenta en la disfunción del nivel psicológico, lo que está “enferma” es la psiquis. Si tenemos en cuenta que el fenómeno psicológico se produce en la interacción de lo biológico y lo social, no está ubicado ni en el cerebro, ni en la sociedad, sino en su interaccionar. Por lo tanto la psiquis no está ni en el cerebro ni fuera de él, pero si no hay cerebro o sociedad no hay psiquis. Al no tener la familia cerebro como unidad biológica no puede tener psiquis, ni fenómeno psicológico disfuncional. Muchos autores hablan de “psicopatología familiar”, lo cual no aceptamos por lo anteriormente expuesto. Por lo tanto, no todas las familias son susceptibles de psicoterapia familiar, ya que si el problema no tiene consecuencias actuales, no tiene importancia para la familia o no es soluble, no es necesario o posible hacer psicoterapia.

El lo que al método se refiere es importante señalar que existen múltiples maneras de realizar la terapia, como por ejemplo, un solo terapeuta, terapeuta y co-terapeuta, con supervisión detrás del buró, así como diferentes técnicas. **El método psicoterapéutico** representa la influencia que una persona (el terapeuta) ejerce sobre otra o un grupo durante el proceso de sus contactos. El método terapéutico se fundamenta en la comprensión de las peculiaridades del hombre, en tanto que ser social y natural. Estamos muy habituados a afirmar que el hombre es un ser social y es cierto, pero debemos cuidarnos de que esta verdad nos haga olvidar que el ser humano es también un ser natural, en fin, que también somos animales, vertebrados, mamíferos etc., que las influencias de nuestra parte biológica también hay que tenerla en cuenta. Una persona con un cólico nefrítico o con una temperatura de 40 grados no puede responder ni intelectual, ni emocionalmente de manera igual que cuando se siente en perfecto estado de salud. Las escuelas sociogenetistas solo tienen en cuenta el papel de los eventos sociales en la etiología, diagnóstico, evolución y tratamiento de las entidades nosológicas. Los biólogos solo toman en cuenta los aspectos genéticos y fisiológicos, tomando entonces la posición extrema. Es esencial que se tomen en cuenta los dos aspectos para hacer un enfoque integral de los problemas tanto individuales como familiares cuando se haga psicoterapia.

En el hombre a diferencia del animal el papel de la experiencia pasada es tan grande que todas las reacciones dependen en menor grado del estimulador actual y están mucho más determinadas por la experiencia del pasado. Los elementos eficaces de la psicoterapia no estriban tan sólo en el lenguaje, sino también en la mímica, en la reproducción de la inmensa multitud de conexiones asociativas en relación con las expresiones del terapeuta (imágenes, emociones etc.). Como axioma para nuestra práctica diaria debemos tener en cuenta que: **“El lenguaje seco de un terapeuta pedante no puede curar”**

4.-Condiciones para el éxito

La primera tarea es lograr la confianza en el terapeuta y confianza en el método.

La confianza en el terapeuta es más fácil de lograr pues la persona o la familia que solicita ayuda tiene ya un criterio preelaborado de que el escogido es un experto. Ello se basa en el concepto de “**confianza básica**”. Nos referimos, cuando hablamos de confianza básica a esa creencia que tenemos todos de que las cosas son como deben ser. Por ejemplo, todos hemos usado un autobús, un taxi, un tren o un avión para trasladarnos y no se nos ocurre dudar de que quien los conduce no sea un chofer, un maquinista o un piloto. Si vemos en un hospital un señor con una bata blanca, es un médico y nos dejamos examinar, inclusive nos dejamos anestesiar y operar sin exigir que nos muestre su título de doctor en medicina. Eso es confianza básica sin la cual sería muy difícil convivir en sociedad, o de lo contrario luciríamos un poco paranoides.

La confianza en el método no es tan fácil de lograr ya que muchas personas no creen que por medio de la comunicación se puedan resolver problemas de salud mental. Este último concepto está avalado por el criterio de nuestros propios colegas médicos que se refieren a la psiquiatría y, por ende, a la psicoterapia en términos peyorativos y descalificadores.

Diferencias entre terapia familiar y terapia de grupo

La psicoterapia familiar es una modalidad de la psicoterapia de grupo pero es imprescindible señalar algunas diferencias que la distinguen.

En terapia de grupo los participantes buscan un cambio personal. En terapia familiar la motivación de los miembros no es individual, muchos de los que asisten, participan, interactúan lo hacen en solidaridad con su familiar con problemas o con la convicción de que el problema de la familia le atañe a todos.

La familia tiene una continuidad histórica de lo cual carece el grupo. Nos referimos al hecho evidente de que esta familia en tratamiento no se formó en este momento sino que tiene una historia anterior de hábitos, mecanismos de funcionamiento, reglas, relaciones, conflictos, problemas, crisis, resueltos o no; que han elaborado formas de solución, procesos de intermediación, etc. con éxitos y fracasos, los cuales debemos tener en cuenta.

Además una característica muy peculiar: la familia al terminar las sesiones de psicoterapia familiar no se disuelven como grupo. Las interacciones provocadas por el terapeuta van a seguirse manifestando aún después que el termina el contacto con la familia, con la importante diferencia de la ausencia de este. Claro está que si tenemos consciencia de ello podemos usarla para darle tareas concretas a la familia para ese tiempo o indagar en la próxima sesión que sucedió en el intervalo.

El grupo de psicoterapia es creado por nosotros de manera conveniente a los intereses terapéuticos. Podemos formarlo en base a edad, sexo, patología, lugar de residencia, lugar de estudio etc. de acuerdo a nuestras preferencias o marco teórico. La familia es un grupo natural, lo cual significa que no podemos crearlo ni modificar su estructura en base a criterios teóricos ni conveniencias personales. Si en la familia hay niños pequeños, ancianos, inválidos, psicóticos, viven lejos del consultorio etc., tenemos que aceptarlos tal cual son y trabajar la terapia con esos elementos. Así es la familia y así hay que tratarla.

Ventajas de esta indicación

El hecho de ser la familia un *grupo natural* tiene enormes ventajas, debido a que no es necesario hacer esfuerzos para lograr el espíritu de grupo, la solidaridad, la cohesión que tanto tiempo ocupa en la psicoterapia de grupo. Se trata de una *terapia en vivo*, lo cual permite intervenir en la vida auténtica de los miembros. Allí mismo se analizan los conflictos interpersonales; ya que las dificultades de relación se ponen de manifiesto de manera clara y transparente. El proceso y el contenido se pueden diferenciar con más facilidad que en la terapia individual.

No incita al individuo contra la familia, ni la familia contra el individuo.

Cuando en terapia familiar un miembro logra un cambio positivo lo hace con la participación, el conocimiento y el consentimiento expreso de toda la familia.

La terapia familiar se hace ***“Aquí y Ahora”***. La terapia se realiza con las personas presentes, no se permite alusiones o referencias a personas ausentes. También es una forma de resistirse al cambio hacer mención de sucesos, conflictos, problemas de un pasado lejano. El análisis actual se

plantea y se evita analizar cuestiones que es imposible recordar de manera exacta, sin poder establecer que sintió cada cual en ese momento.

Una ventaja evidente, de la cual carecen otras terapias, es el establecimiento de un marco donde se produce un *choque entre fantasía y realidad*. Nos referimos a que sólo en este tipo de terapia es posible desenmascarar los “fantasmas” individuales sobre las descripciones hechas por los pacientes en terapia individual o de grupo, sobre sus familiares, las relaciones afectivas, el trato que le dan etc., etc. Por ejemplo, a veces el paciente fantasea alrededor de que su madre es una bella persona y al conocerla nosotros accidentalmente confirmamos exactamente lo contrario. En ocasiones el paciente describe una situación determinada y al citar a la familia para esclarecer el problema nos damos cuenta que todo era una fantasía. En terapia familiar, la madre, el padre, el hijo el hermano y las relaciones se producen delante de los terapeutas. No hay nada de fantasía todo es realidad presente.

La terapia familiar es *capaz de modificar la imagen que tienen los miembros de sí mismos y de los demás*. Hemos sido agradablemente sorprendidos, en ocasiones, con el hecho de aseveraciones hechas por la familia de reconocer ahora actitudes y virtudes de sus familiares que antes no percibían. Otras veces han concientizado lo erróneo de su criterio sobre el afecto que le tienen sus familiares. Innumerables ejemplos se pueden dar de esta ventaja. Un logro significativo y ventajoso se pone de manifiesto cuando *es posible reestructurar las relaciones familiares*. Para muchas familias este hecho es sumamente importante.

En los momentos actuales de nuestra práctica terapéutica le damos a la prevención un lugar preferencial. Ateniéndonos a esa filosofía añadimos una ventaja más a esta forma de tratamiento. Cuando resolvemos un problema de una familia, con su participación activa estamos al mismo tiempo enseñando la forma adecuada de resolver los conflictos, las desavenencias, en fin, cualquier dificultad. No es raro que la familia use ese aprendizaje en otra ocasión con efectos positivos. Evidentemente este es un *enfoque preventivo*.

El tiempo es una magnitud que no es recuperable. Por lo tanto economizar el tiempo es una ventaja innegable. La terapia familiar *se hace en menos tiempo*, sobre un número mayor de personas y con más efectividad.

La *posibilidad de hacerse en el hogar* es otra ventaja. Alguien se puede preguntar en que consiste. Son varios los aspectos ventajosos de ello como sigue:

1. La observación en el hábitat natural da una imagen más precisa. Cuando estamos en la vivienda podemos aquilatar exactamente las condiciones y el modo de vida de la familia
2. El funcionamiento familiar es más claro. El contexto habitual le brinda a los miembros más libertad y más espontaneidad para expresarse, así como se pueden apreciar intervenciones, en la dinámica familiar, de personas ajenas, como vecinos, amigos u otros familiares.
3. Facilita el manejo de las crisis. El manejo de una crisis es, a veces, difícil de hacer en el hospital o en la consulta. Al llevar el caso a la casa facilita el manejo y la reinserción del paciente en su ambiente natural
4. Ubica el foco de tratamiento en la familia. Una forma de resistencia es ubicar el foco del tratamiento en el supuesto paciente y considerar a los demás como espectadores o colaboradores. Al hacer la terapia en el hogar estamos afirmando a nivel analógico que en la génesis del problema y en su solución participa toda la familia.
5. No hay que usar fuerza o engaño. Si nos trasladamos nosotros no es necesario el engaño ni la coerción y lograremos mejor cooperación.
6. Hay familias que sólo se pueden tratar en el hogar. Alguien se puede cuestionar, que familia es esa. Por ejemplo, la presencia de un impedido físico, imposible de trasladar, que tiene una participación importante en el conflicto. Cuando existe un miembro con una posición, política, artística o de otra índole, muy conocida es contraproducente, para su autoestima y su prestigio, hacer pública su asistencia a las sesiones. La única solución posible es realizar las sesiones en la vivienda, con la mayor discreción posible.

INDICACIONES

1. Problemas de separación adolescente

La crisis de identidad de la adolescencia afecta, en ocasiones, a toda la familia. La familia en este caso no ha elaborado los mecanismos adecuados para aceptar que el adolescente necesita separarse, tomar distancia psicológica de sus progenitores y de sus hermanos para ir convirtiéndose en un adulto con identidad propia. Es una indicación precisa de terapia familiar que además va prevenir males mayores. En relación con esta misma situación se producen, en los adolescentes, actitudes de rebeldía o relaciones de dependencia no superables por la familia y que lógicamente sólo pueden resolverse con una intervención terapéutica.

2. Intercambio de disociaciones

Esta situación se produce cuando los miembros de la familia disocian de su conciencia las manifestaciones agresivas, descalificadoras, de desapego, en fin de sentimientos destructivos hacia los otros. Sin embargo perciben esos mismos sentimientos cuando proceden de los demás y van dirigidos hacia ellos.

3. Como medio de atraer al tratamiento a pacientes difíciles de definir como tales

Es el caso ya descrito cuando hablamos de las ventajas y lo negativo de engañar o coaccionar a los pacientes para ser tratados. Es esta una indicación relativa, pues el objeto del tratamiento no es la familia sino el paciente.

4. Distanciamiento fijo

Se trata de familias en que existe una incapacidad de acercarse uno al otro a un nivel afectivo humano. Es el caso de excluir masivamente la rabia (Pseudo mutualidad) o de excluir masivamente la ternura (Pseudo hostilidad) a lo cual algunos autores llaman también complementariedad no mutua.

5. Comunicación amorfa

No se trata de que se hagan aseveraciones que luego se nieguen, sino que nunca están expresadas con la claridad que permita percibir una descalificación. La comunicación es indirecta y enmascarada.

6. Familias con límites muy organizados y psicológicamente impermeables

Se trata de familias que no establecen una relación lógica con su entorno. Se aíslan de una forma inadecuada, no reciben el influjo beneficioso de las relaciones sociales e impiden el desarrollo armonioso de la personalidad de sus miembros

7. Fase particular del proceso terapéutico general

A veces no se trata de establecer como indicación específica una terapia familiar, sino que es necesario para el proceso terapéutico de un miembro en terapia individual, manejar aspectos familiares. Lo cual se realiza en sólo algunas sesiones.

8. Manejo de los aspectos intrafamiliares de un episodio *esquizofrénico*

Aunque no compartimos la idea de que la terapia familiar puede “curar” a un esquizofrénico, si pensamos que muchas dificultades de la familia (en cuanto a cómo tratar a esta persona que no siempre está psicótica, no siempre actúa inadecuadamente, no siempre está equivocada o desajustada), son solubles mediante un enfoque terapéutico familiar.

9. Manejo de crisis

Como ya vimos en las ventajas una posible indicación es el manejo de una crisis. A lo allí dicho debemos agregar que durante la crisis la familia es mucho más receptiva, más proclive al cambio, más moldeable, tiene más disposición a cooperar. Es un momento ideal para modificar actitudes negativas de todos.

10. Preventivamente

Con frecuencia familias consultan para pedir orientaciones acerca de como informar a sus hijos de un divorcio, de la muerte de un familiar allegado, de la ausencia por múltiples motivos etc. En estos casos de forma preventiva realizamos una sesión única de psicoterapia para evitar las consecuencias del engaño o la posposición. Aprovechamos para trasladarle a los participantes conceptos relativos a la importancia de informar a los miembros, de una manera adecuada, de todo aquello imposible de ocultar aunque sea doloroso y recalcar que, en el caso de los niños esto es doblemente necesario

CONTRAINDICACIONES

1. Si el problema no tiene significado ni consecuencias actuales, a nivel emocional y de la conducta, para los miembros de la familia.
2. Familia sin continuidad histórica y sin participación emocional. Se refiere a aquellas familias realmente disueltas, de las cuales no queda ningún vínculo.
3. Sobreidentificación con un miembro. Esta es una contraindicación del terapeuta y no de la familia. Cuando el terapeuta está muy identificado con un miembro entonces, inconscientemente, pierde la imparcialidad y su papel de intermediario y queda descalificado para hacer terapia.
4. Incapacidad para establecer empatía. Este es el caso contrario del anterior. El terapeuta no es capaz de ponerse en el lugar de los miembros, no es capaz de entender sus sentimientos, ni sus emociones lo cual es percibido por la familia, imposibilitando la relación
5. Terapeuta que no puede dejar su orientación hacia los problemas intrapsíquicos y la diada paciente-terapeuta, lo que impide un enfoque holístico de la familia.
6. Terapeuta que teme poner límites activamente y terapeuta que no puede controlarse. Tanto aquel que no puede controlar la sesión y esta se le escapa de las manos, dejando la interacción al libre albedrío de la familia, como el que no le permite a la familia participar activamente en la elaboración de los objetivos, en la toma de decisiones y en escoger los temas de debate, no van a obtener buenos resultados.

RESISTENCIAS

A) Resistencias a la terapia

- 1.- Silencio, pasividad, discusión superficial o intelectualización para evitar involucración emocional.
- 2.- Demandar consejos para evitar tratar el conflicto.
- 3.- Repulsa a las interpretaciones del terapeuta.
- 4.- Denegación de “insight” previamente expresado
- 5.- Denegación a la habilidad del terapeuta para entender el problema sobre la base de diferencias étnicas, lingüísticas o culturales.
- 6.- Actitud fatalista en la cual uno acepta la culpa y manifiesta su incapacidad para el cambio.

7.- Milagrosa desaparición o agravación de los síntomas usados para terminar la terapia.

8.- Llegadas tardes y /o ausencias.

9.- Terminación unilateral por la familia.

B) Resistencias a la interacción

1.- Rechazo a traer materiales nuevos o significativos

2.- Evitar el autoinvolucramiento en interacciones significativas

3.- Diversión, distracción, interrupciones.

4.- Rechazo a comunicar con otro miembro presente

5.- Uso de un segundo lenguaje para excluir a otro miembro

C.- Resistencias familiares específicas

1.- Evitar el trato de conflictos maritales.

2.- Predicciones de persistencia de los síntomas o imposibilidad de cambio.

3.- Denegación de la expresión de afecto por algún miembro.

4.- Denegación de cambios evidentes o de mejorías.

5.- Proteger y defender a otros que persisten en mantener su conducta y se resisten al cambio.

6.- Secretos familiares que ocultan información significativa

7.- Mandato de no descubrir el conflicto

8.- Amenaza de abandonar la familia si hay cambio

9.- Amenaza de abandonar a uno de los miembros

10.- Usar a un miembro como excusa para evitar la terapia.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

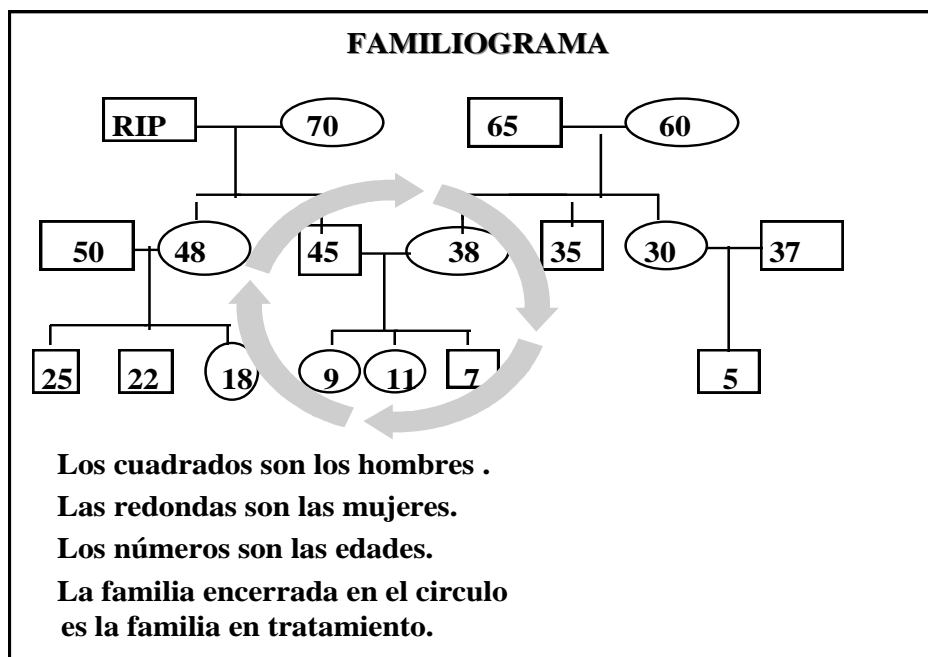
La evaluación y el diagnóstico de la familia tiene trascendental importancia, ya que sin este paso previo será imposible establecer la orientación adecuada. Ante todo es necesario definir qué es lo que está sucediendo (proceso), qué se ha deteriorado (estructura) y qué recursos posee la familia. Es necesario también establecer la jerarquía de cada una de estos factores en la situación problemática en cuestión y de acuerdo con ello hacer la integración diagnóstica de la dinámica del conflicto en relación a necesidades no satisfechas.

FAMILIOGRAMA

Ahora bien en función de tratar de establecer una manera gráfica de caracterizar a la familia en cuestión y nunca con el ánimo de que esta sea la representación exacta de ella se ha elaborado un esquema de familiograma que vamos a pasar a describir para que sea utilizado a manera de guía de la evolución y como elemento comparativo para algunas de los problemas que intentamos resolver.

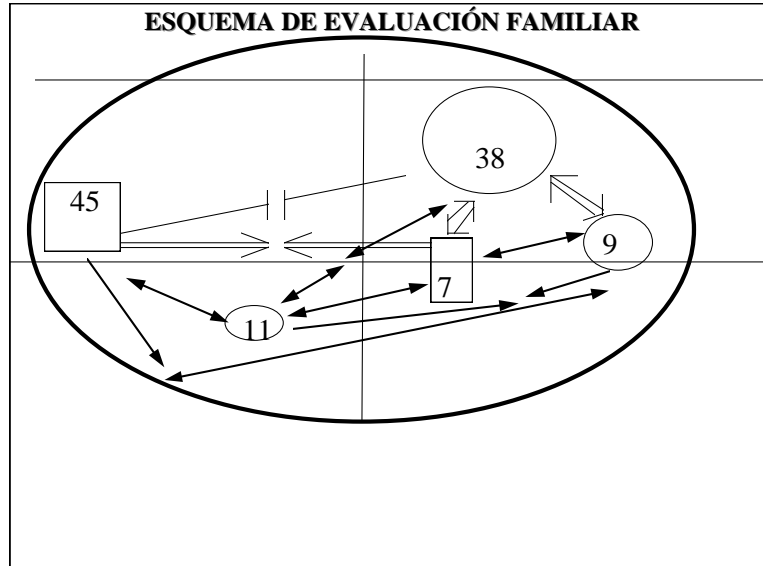
Ante todo debemos establecer en qué lugar del árbol genealógico está ubicada esta familia. Para ello el siguiente ejemplo nos lo puede ilustrar. Aquí vemos una familia nuclear compuesta por un padre de 45 años una madre de 38 que tienen tres hijos, dos del sexo femenino de 11 y 9 años respectivamente y uno del sexo masculino de 7 años de edad. El padre tiene una familia de origen compuesta por un padre fallecido una madre de 70 años, una hermana de 48 casada con un hombre de 50 y que tienen dos hijos varones de 25 y 22 años, así como una hija de 18. La madre procede de una familia cuya madre tiene 60 el padre 65. Tiene un hermano de 35 soltero y una hermana de 33 casada con un hombre de 37 los cuales tienen un hijo de 5 años (FIGURA 1)

FIGURA 1



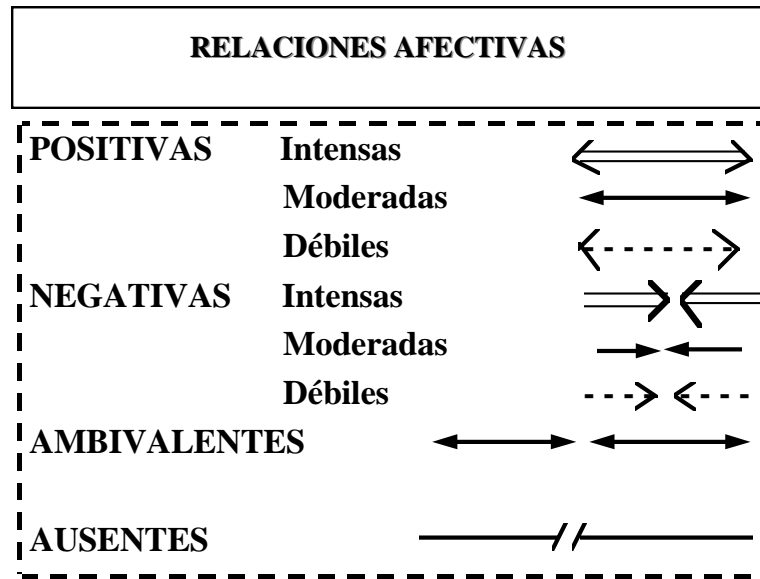
En la Figura 2 podemos graficar algunas categorías, por ejemplo:

FIGURA 2



Los límites de la familia están dados por la línea que la enmarca, si esta línea es sencilla como aquí aparece esta señalando que la permeabilidad socio familiar es moderada, si es una línea punteada está señalando que es muy permeable y si es una línea doble describe una familia impermeable. Los límites generacionales están definidos por las dos líneas horizontales, así vemos como hay dos violaciones de límites, Por ejemplo es evidente que la hija de 9 años y el hijo de 7 están casi ocupando una posición de adultos. La jerarquía se representa por la altura que ocupa el símbolo en la gráfica y la significancia por el tamaño de este. Por lo tanto es evidente que la madre, en este caso, tiene la jerarquía y la significancia. La involucración afectiva se pone de manifiesto en la cercanía a la línea media por lo que se ve que el padre esta muy poco involucrado así como la niña de 9 años. La niña de 11 un poco más involucrada, la madre y el varón de 7 muy involucrados. Aquí también se muestran gráficamente las relaciones afectivas como se ve más claro en la Figura 3.

FIGURA 3



Una vez establecida la estrategia y realizado el familiograma y el esquema de evaluación familiar como se ve en las figuras, lo cual habitualmente hacemos al final de la tercera entrevista, podemos usar este para seguir la evolución de la familia. Para este fin podemos hacer una evaluación cada cinco entrevistas y de esa manera podemos graficar si la familia se acerca o se aleja de los objetivos que con su participación nos trazamos.

DIFERENTES ENFOQUES

Piercy y col. agrupan las psicoterapias familiares en: *estratégicas, estructurales y sistémicas*, en vista de sus similitudes. Describen cómo cada una de ellas se basa en el mismo enfoque teórico, pero con distintos puntos de entrada en el trabajo con la familia y distintos aspectos que la terapeuta subraya. Las bases teóricas de los enfoques estratégicos, estructurales y sistémicos usualmente permiten que la terapia sea breve, puesto que no se trata de que los miembros de la familia cambien elementos intrapsíquicos. Un ejemplo de ello es el de las teorías cuyo objetivo de estudio es la idea tradicional de que, para entender el problema psicológico y psiquiátrico, hay que diseccionar la estructura psíquica del sujeto. No se trata de una negación de lo intrapsíquico, sino prescindir de ello como filosofía y método de trabajo. Hay que recalcar que la búsqueda de causas en el pasado

se basa en algo hipotético. La investigación se centra en las configuraciones del aquí y el ahora y el correctivo apunta a esas estructuras presentes. En la misma línea, la variable causal no hay que buscarla en las hipotéticas fuerzas intrapsíquicas, sino **“en la interacción de individuos estrechamente relacionados”**.

La psicoterapia familiar estratégica se originó en las investigaciones, de Gregory Bateson en los años 50 en el MRI (Mental Research Institute), en Palo Alto, California, acerca de la comunicación familiar y las discrepancias entre los niveles de dicha comunicación.

Cloé Madanes y Jay Haley, resumen las siguientes características en la psicoterapia familiar estratégica:

- Se usan maniobras específicas para manejar los problemas familiares.
- Se trabaja para cambiar el síntoma inicial que hizo que la familia entrara en psicoterapia.
- Se trata de entender los patrones cíclicos de interacción de la familia para después interrumpirlos y cambiarlos a través de instrucciones directas.
- El terapeuta es responsable, no de hacer que la familia madure, sino de hacer que la familia cambie.
- El terapeuta trabaja con la familia en el presente y no importa el pasado y la terapia termina cuando el síntoma desaparece.
- Ambos autores piensan que la meta de la terapia es cambiar las interacciones de la familia dando énfasis a la comunicación analógica.

Los terapeutas que siguen éste método asumen que el tratamiento para cualquier problema debe ser diseñado específicamente para cada familia. Consideran que la terapia no está limitada a ningún síntoma en particular. Expresan ciertas dudas, a veces, acerca de cuan apropiado es la indicación de terapia. El proceso consiste habitualmente, en tratar de involucrar en el tratamiento todos los sistemas familiares o sociales (escuela, centro de trabajo, familia extensa, organizaciones, etc.) de importancia o relevancia

en el problema. En general tienen la tendencia de seguir un modelo de terapia breve.

La psicoterapia familiar estructural, cuyos principales creadores son Salvador Minuchin y colaboradores, subraya situaciones que afectan la jerarquía en la familia. Prestan atención a quién habla, cuándo, en qué orden, quién se calla y quién define las relaciones intrafamiliares (elementos todos de la teoría de la comunicación). Los estructuralistas observan la interacción familiar, notan en especial cuáles son los subsistemas dentro de la familia y definen así los detalles de la estructura familiar. Una vez que el terapeuta entiende el sistema familiar, trabaja para reestructurarlo y modificarlo a través de instrucciones directas, indirectas o paradójicas, que promueven nuevas interacciones entre los miembros de la familia.

Este método concentra su atención en el sistema familiar. Plantea que es allí donde existe el problema y es donde debe ser diagnosticado y tratado. Esto significa que en la mayoría de los casos es la familia nuclear y a veces la familia extendida el foco y el campo de la terapia. Aunque la mayoría de las veces las entrevistas se llevan en el consultorio, el terapeuta puede entrevistar en otras locaciones según lo indique la estrategia. Se puede traer a una persona, ya sea familiar o no, que contribuya en la solución de problemas. Cuando se incluyen en la entrevista personas que no son miembros de la familia, sino que son miembros de la red comunitaria o extrafamiliar, sigue siendo la familia el centro del proceso de la terapia. El terapeuta también tiene la opción de reunirse con distintos subgrupos (subsistemas) de la familia, en sesiones separadas. A veces esto hace falta porque hay ciertos miembros que todavía no están preparados para lidiar directamente con otros. Cuando la naturaleza del problema es de índole privada, por ejemplo si la pareja necesita hablar de problemas íntimos que no deben hablarse delante de los niños. Cuando una madre soltera quiere recibir orientaciones sobre el manejo de sus hijos adolescentes y desea hacerlo personal e individualmente antes de negociarlo con sus hijos. Aún cuando el terapeuta este trabajando con los subsistemas debe mantener dentro de su planeamiento una visión total de la familia.

La psicoterapia familiar sistémica, cuyos principales seguidores son Mara Selvini Palazzoli y sus colaboradores, se basa en el concepto de que los problemas familiares son mantenidos por secuencias rígidas de conducta (punto de vista que Bateson y Watzlawick elaboraron primero). Los seguidores de Selvini-Palazzoli consideran que la familia es un sistema que constantemente evoluciona y se auto-regula. El terapeuta sistémico intenta crear con la familia nuevos contextos que permitan el acceso a información nueva, que introducirá cambios espontáneos en el sistema.

La Psicoterapia Familiar Experiencial es defendida por algunos autores cuyo nombre asociamos a este enfoque, ellos son: Virginia Satir, Carl Whitaker, Walter Kempler, y Fred y Bunny Duhl.

Los objetivos de esta forma de tratamiento son:

- a) Aumentar las sensaciones de eficiencia, auto-estimación y bienestar.
- b) Aumentar la flexibilidad de los papeles que cada miembro de la familia desempeña.
- c) Aumentar la capacidad de cada individuo para reconocer su responsabilidad y
- d) Lograr que la comunicación intrafamiliar sea directa y clara.

En este enfoque se subraya que parte de la función del terapeuta es enseñar a la familia cómo comunicarse y ayudar a los individuos a definir y verbalizar como se sienten en la familia y con cada miembro.

Para terminar este tema, subrayaremos que el terapeuta, sin que importe su orientación teórica, tiene la responsabilidad de conocer su propio estilo verbal y no verbal de transmitir mensajes a la familia dentro y fuera de las sesiones, para evitar malentendidos y paradojas involuntarias anti terapéuticas. Para que el terapeuta conozca bien el tipo de emisor que es, resulta de gran utilidad hacer que alguien lo filme en cinta de video durante la sesión familiar.

ACTITUDES TERAPÉUTICAS

Además de lo que el terapeuta dice durante una entrevista, su técnica incluye todos los elementos no verbales de su conducta. Su manera de hablar, de dar la mano a cada miembro de la familia, el hecho de cambiar de asiento para estar más cerca o más lejos de un miembro de la familia, el hecho de pedir a los miembros que cambien de asiento durante la entrevista, el hecho de ignorar deliberadamente la conducta de alguien durante la sesión, y otros actos, forman parte integral de su técnica. Si fuera posible describir una entrevista como se describe la coreografía de un ballet o los movimientos de una pieza teatral, se daría una idea aproximada de la parte no verbal de la técnica.

El objetivo global de la terapia familiar es lograr que la familia reconceptualice sus problemas, y por ende vea nuevas posibilidades de solución y de negociación. Al cambiar el concepto de por qué se produce un problema, cambia necesariamente las ideas acerca de cómo solucionarlo. La sesión puede entonces dirigirse hacia un cambio en las soluciones, logrando que la familia abandone intentos infructuosos que ha repetido una y otra vez. Las intervenciones del terapeuta pueden también encaminarse hacia lograr un cambio en los papeles que cada miembro asume, o en las formas de comunicación (instrumental, afectiva o neutral), o en el grado de involucramiento afectivo que los miembros de la familia muestran entre sí. Los intentos del terapeuta pueden también dirigirse hacia obtener un cambio en las formas de control mutuo que los miembros de la familia ejercen entre sí.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilera, J. “La familia: sus implicaciones psicológicas y sociales”, En: Investigación, familia y psicoanálisis, Revista de la Universidad del Azuay No 18, Cuenca, 1996.
2. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Información para la familia, Washington D.C., 1998.
3. Backwin, H. y Backwin, R. Desarrollo Psicológico del Niño, Editorial Interamericana, México, 1972.
4. Bethea, Lesa. , “Primary Prevention of Child Abuse”, American Family Physician, March 15 1999.
5. Blejmar, B. , La juventud y el liderazgo transformador, OPS/OMS, 1998
6. Brenson, G. , Determinantes culturales y subculturales, Editorial Fundación Neohumanista, Bogota, 1991.
7. Burt, M.R., ¿Porqué debemos invertir en el adolescente?, OPS/OMS, 1998.
8. Canessa, P., Manual para la educación en salud integral del adolescente, OPS/OMS, 1997.
9. Erickson, E.H. , El ciclo vital completado, Editorial Paidós, Argentina, 1982.
10. Fournier, M., “Estudio Multicéntrico sobre actitudes y normas culturales frente a la violencia”, Revista Panameña de Salud Pública 5 (4/5), 222-231, 1999.
11. Goleman, D., La Inteligencia emocional, Javier Vergara Editor, México, 1996.
12. Gray, J. , Los Hombres son de Marte, las Mujeres son de Venus, Editorial Océano , México, s/f
13. Grotberg, D., Una guía para promover la resiliencia en niños y fortalecer el espíritu humano, Bernar van Leer Foundation, The Hague, 1996.
14. Holtz, V., Violencia: el abuso sexual y su relación con los trastornos de la alimentación, Psicología Iberoamericana Vol.3 # 3 pp. 21-25, México, 1995.
15. Kotliarenko, A.I., Estado de arte en resiliencia, OPS/OMS, 1997.

16. Kubie, L., Psychoanalysis and marriage: practical and theoretical issues, En: Neurotic interaction in marriage (pp. 10-43), Basic Books, New York, 1956.
17. Laing, R., Cordura locura y familia Fondo de cultura económica, Buenos Aires, 1986.
18. Manrique, R. Familia y sociedad, su papel en la atención primaria, En: Psiquiatría en Atención Primaria, Editor José Luis Vázquez - Barquero, Editorial Grupo Aula Médica S.A., Madrid, 1998.
19. Martí, J., La Edad de Oro, Editorial Gente Nueva, La Habana, 1979, Reimpresión del original de la Revista La Edad de Oro, publicada en Nueva York en 1889.
20. Martínez Gómez, C., Clínica Psiquiátrica Infantil, Texto de la asignatura psiquiatría, Facultad de Medicina, La Habana, 1979.
21. Martínez Gómez, C., Programa de la residencia de Psiquiatría Infantil, MINSAP, La Habana, 1985.
22. Martínez Gómez, C., Maltrato de los medios masivos de comunicación, Memorias del Congreso Iberoamericano sobre Maltrato Infantil, FICOMI, México D.F., 1994
23. Martínez Gómez, C., Terapia Familiar en un caso de Maltrato Infantil, Memorias del Primer Congreso Iberoamericano sobre el Maltrato Infantil, FICOMI, México, 1993
24. Martínez Gómez, C., El Maltrato de los Medios Masivos de Comunicación, Memorias del Primer Congreso Iberoamericano sobre el Maltrato Infantil FICOMI, México 1993.
25. Martínez Gómez, C., Violencia Intrafamiliar, Memorias del Seminario de FICOMI, Universidad Pedagógica Nacional, México D.F., 1997.
26. Martínez Gómez, C., Guías Prácticas de Atención Integral a la Adolescencia, UNICEF 1998.

27. Martínez Gómez, C., Maltrato psicológico infantil, En: En que tiempo puede cambiarse la mente de un niño, Editorial Abril, 1999.
28. McAlister, A., La violencia juvenil en las Américas, OPS/OMS, 1998.
29. McCubbin, H.I., Stress and the family: Coping with normative transitions Brunner/Mazel, New York, 1983.
30. Munist, M., Promoción de la resiliencia en niños y adolescentes, OPS/OMS, Washington D.C., 1998.
31. OPS/OMS , Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes de las Américas, Publicaciones del Programa de Adolescencia, 1998
32. OPS/ OMS, Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescente, Publicaciones del Programa de Adolescencia, 1998.
33. OMS, Programming for Adolescent Health and Development, Report of WHO/UNFPA/UNICEF, Geneva, 1999.
34. Ortega, S., "Maltrato al más pequeño; Infantes de Alto Riesgo", Psicología Iberoamericana Vol. 3 # 2, México, 1995.
35. Puga, T., Maltrato infantil, En: Publicación de la Sociedad Argentina de Pediatría, Buenos Aires, 1997.
36. Rubio, M., "Los Costos de la Violencia en América Latina", Adolescencia al Día, OPS, Vol. III: 1-19, 1999...
37. Shapiro, L.E., La inteligencia emocional de los niños, Editorial Javier Vergara, México, 2a edición, 1997.
38. Silva, G., Resiliencia y Violencia política en niños, Universidad Nacional de Lanus, Buenos Aires, 1999.
39. Sluzky, C., Conferencia Efectos de la migración de familias latinas hacia los Estados Unidos, VII Congreso Mundial de Terapia Familiar, Guadalajara, 1995.
40. Stryckman, N., "La violencia en las familias reconstituidas". Investigación, familia y psicoanálisis, Revista de la Universidad del Azuay No 18, Cuenca, 1996.

41. Suárez Ojeda, et al, "La salud del adolescente y el joven en las Américas", Publicación Científica de la OPS, 489: 3-19, 1985.
42. Tizón, J.L., El duelo y las experiencias de pérdida, En: Psiquiatría en Atención Primaria, Editor José Luis Vázquez -Barquero, Editorial Grupo Aula Médica S.A., Madrid, 1998.
43. Vázquez-Barquero, J.L., Urgencias, crisis y violencia en la atención primaria, En: Psiquiatría en Atención Primaria, Editorial Grupo Aula Médica S.A., Madrid, 1998.
44. Weaver, K. y Maddaleno, M., "Youth Violence in Latin America", Rev Panam Salud Pública 5(4/5):338-343, 1999.



INTERVENCIONES PSICOPEDAGÓGICAS Y TERAPIA OCUPACIONAL

DRA. SUSANA MATA ITURRALDE

LCDA. GUADALUPE BARRIGA CABANILLAS

La intervención psicopedagógica y la terapia ocupacional en salud mental infantil y juvenil han experimentado un notable desarrollo en los últimos años debido a las importantes ventajas que ofrecen en la mejoría de los síntomas y déficit que presentan los pacientes. En el presente capítulo se exponen los aspectos más importantes de las dos áreas desde la experiencia de sus autoras. La intervención psicopedagógica desde una perspectiva práctica global y la terapia ocupacional desde un enfoque clínico de su utilización en un hospital de día.

INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA

INTRODUCCIÓN

El término “psicopedagogía” suele ser relacionado con la atención de niños y jóvenes con necesidades educativas específicas en instituciones escolares. Sin embargo, el psicopedagogo ejerce tanto en el ámbito de la educación como en el de la salud mental, ocupándose del ser humano en situación de aprendizaje en cualquier contexto durante toda la vida¹.

La psicopedagogía es una ciencia relativamente nueva (finales del siglo XIX y comienzo del XX) que surge de la intersección de varios cuerpos de conocimiento como la psicología, la pedagogía, sociología, filosofía, biología del desarrollo y más recientemente de la neurociencia cognitiva. Ha ido evolucionando a la par de estas ciencias y de la tecnología, gracias al aporte de muchos científicos y autores a nivel mundial¹.

Al inicio del siglo XX los estudios daban mayor énfasis a la “inteligencia” como factor que separaba a los que aprenden con facilidad de los que tienen problemas de aprendizaje². Paulatinamente, gracias al aporte de la

psicología cognitiva fue aumentado el énfasis en el estudio de la dinámica de la mente y de los procesos cognitivos (percepción, atención, memoria, metacognición, estrategias de aprendizaje, pensamiento, etc.) comprendiéndose que éstos son los que permiten la adquisición, organización y utilización del conocimiento³.

A finales del siglo XX e inicios del siglo XXI con los avances en tecnología de imagen (TAC, RMN, IRMF, PET, etc.) se crea una nueva disciplina, la neurociencia cognitiva que pretende conocer cómo ocurren en el cerebro los diversos procesos cognitivos⁴. Todos estos estudios sobre el cerebro humano y su funcionamiento han permitido una mejor comprensión de las deficiencias cognitivas que se presentan en los diversos trastornos⁵. Estas deficiencias son las que dificultan el aprendizaje y por tanto, perjudican el normal desarrollo y desempeño del individuo. Sin embargo, se ha descubierto que el cerebro humano tiene como característica la neuroplasticidad⁶ que “es la base, el fundamento del proceso de aprendizaje y también de la rehabilitación de funciones perdidas o no adquiridas...” (Estrada González, 1998).

El psicopedagogo es el profesional que tiene el conocimiento y la capacidad de ofrecer alternativas de atención en todas las etapas de la vida, desde la estimulación temprana hasta abordajes terapéuticos en la tercera edad mejorando las funciones cognitivas y el aprendizaje aprovechando la neuroplasticidad que está presente en todas las etapas de la vida⁶.

EL PSICOPEDAGOGO Y SU INTERVENCIÓN EN LA SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Posee habilidades especializadas en la prevención, detección, evaluación e intervención de niños y jóvenes en situación en riesgo o con necesidades educativas específicas debido a diversos trastornos con el propósito de estimular sus procesos y funciones cognitivos y ejecutivos logrando su mejor desempeño cognitivo, comportamiento y autonomía que le permita integrarse adecuadamente a la sociedad (familia, escuela, colegio, etc.) mejorando su calidad de vida.

Trabaja en un equipo multidisciplinario con profesionales de la salud mental: psiquiatra, neurólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, etc.

Tipo de Trastornos y Patologías:

- Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia:
 - a. Retraso Mental (Discapacidad Intelectual)
 - b. Trastorno de la Lectura (Dislexia)
 - c. Trastorno del Cálculo (Discalculia)
 - d. Trastorno de la Expresión Escrita (Disortografía)
 - e. Trastorno de Habilidades Motoras (Disgrafía)
 - f. Trastornos de la Comunicación
 - g. Trastornos Generalizados del Desarrollo: Trastorno Autista, Trastorno de Rett, Trastorno Desintegrativo Infantil, Trastorno de Asperger
 - h. Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador: Trastorno por Déficit de atención e Hiperactividad, Trastorno Disocial, Trastorno Negativista Desafiante
 - i. Altas Capacidades
- Trastornos Relacionados con Sustancias:
 - a. Por Dependencia
 - b. Por Abuso
 - c. Por Intoxicación
- Esquizofrenia y otras Psicosis Infantiles
- Enfermedades del Sistema Nervioso: Meningitis, Epilepsia, Parálisis Cerebral, etc.
- Afecciones de origen perinatal
- Malformaciones congénitas y Anomalías Cromosómicas.
- Traumatismo Craneoencefálico
- Otros trastornos que presenten irregularidades en los procesos cognitivos y en su capacidad de adquisición, retención y utilización del aprendizaje

Cuándo está indicada:

En los citados trastornos y en referencia a los niños y adolescentes, la indicación se establece de la siguiente manera:

- Colaborar en la valoración del desarrollo en niños que hayan presentado complicaciones pre, peri y postnatales
- Evaluar y dar estimulación temprana a niños menores de 5 años en situación de riesgo
- En escuelas o colegios, detectar y evaluar niños y jóvenes con posibilidades de presentar necesidades educativas específicas, colaborar en la adaptación curricular para su mejor atención e inclusión, dar la intervención especializada
- Colaborar con el equipo multidisciplinario en el diagnóstico y evaluación de niños y jóvenes con trastornos durante el desarrollo
- Dar la intervención psicopedagógica adecuada según el perfil neurocognitivo del niño o joven con trastornos mentales, psiquiátrico, neurológicos, etc.
- Asesorar a las familias y participar en el desarrollo de programas formativos de padres, familiares, comunidad
- Colaborar con la evaluación pre y post operatoria de intervenciones quirúrgicas intracerebrales para descartar variaciones en sus funciones cognitivas
- Colaborar en investigaciones sobre los procesos cognitivos y su relación con el cerebro

EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA

La evaluación psicopedagógica es el conjunto de actividades que conducen a emitir un juicio sobre una persona, objeto, situación o fenómeno de unos criterios especificados previamente con el objeto de tomar decisiones (Coll, 1983). Incluye el diagnóstico (descripción de carencias, déficits, dificultades, potencialidades y otras características), la valoración (medir comparativamente) y la toma de decisiones⁷.

Instrumentos de Evaluación:

Luego de la evaluación médica que descarte o confirme anormalidades sensoriales, motoras, neurológicas, psiquiátricas se pasa a la evaluación psicopedagógica.

Dependiendo de las características de cada caso (tipo de dificultad, edad del sujeto, etc.) se utilizarán unos u otros instrumentos⁷:

- **Entrevista:** Sirve como punto de partida para la identificación del problema. Se recomiendan tres niveles de entrevista: con los padres o familiares, con el niño o joven y con el profesor.
- **Escalas de Valoración:** Permite recoger las apreciaciones que sobre el comportamiento del niño tiene el adulto aumentando la validez ecológica de la evaluación.
- **Observación directa:** Puede ser natural o preparada. Se debe observar y estudiar al niño o joven, las características de la familia, estilos de crianza, pautas de interacción, recursos económicos para enfrentarse al problema.
- **Tests y pruebas:** Su objetivo es medir diferencias entre los individuos o en el mismo individuo en diferentes situaciones y conocer a profundidad su estilo cognitivo, deficiencias, talentos, potencialidades, etc.
 - a. Escalas de Evolución del Desarrollo (comunicación y lenguaje, psicomotor, social y autonomía, cognitivo)
 - b. Tests de Inteligencia general
 - c. Tests de aptitud general o específica
 - d. Pruebas neuropsicológicas
 - e. Tests de rendimiento académico o escolar
 - f. Escalas de conducta adaptativa
- **Uso de criterios diagnósticos:** Clasificaciones internacionales de enfermedades como el DSM IV TR y el CIE 10 y criterios diagnósticos establecidos por los organismos de educación y/o salud de su comunidad.

Elaboración del Informe:

El informe debe ser redactado acorde a la persona a la que va dirigida y al motivo de consulta, conteniendo la información obtenida más relevante, impresión diagnóstica, conclusiones y sugerencias.

MODALIDADES DE LA INTERVENCIÓN PSICOPEDAÓGICA

Nivel Individual:

Aplicación de programas individuales según sus características y necesidades planteadas en la evaluación. El tratamiento puede ser preventivo, correctivo o compensatorio según sea el caso⁷. Se recomienda:

- Plantear objetivos generales y específicos en orden de prioridad y/o complejidad (sencillo a complejo, concreto a abstracto)
- Incluir métodos de intervención especializada con eficiencia comprobada. (Ej.: Sistema PECS, programa TEACCH, etc.)
- Determinar el número de sesiones, su duración y frecuencia
- El ritmo y la progresión debe depender del niño o joven y su respuesta al tratamiento
- Aprovechar los procesos y funciones cognitivas más óptimos en el niño para estimular aquellos en los que presenten mayor deficiencia (Ej.: Utilizar la buena memoria fotográfica en niños con TGD para estimular el lenguaje mediante el uso de tarjetas)
- Usar el material terapéutico más adecuado según los objetivos planteados y los recursos (Ej.: programas de software, pizarra magnética, tarjetas, fichas, ábaco, materiales didácticos especializados, etc.)
- Las actividades para obtener los objetivos propuestos deben ser previamente planificados
- Los objetivos deben corresponder a diferentes áreas y no sólo al nivel cognitivo. Es muy importante trabajar al mismo tiempo objetivos de adaptación, autonomía y social
- En ciertos tipos de trastornos (autismo, TDAH, etc.) y en cortas edades se recomienda usar técnicas conductuales para modificar o extinguir conductas inadecuadas (reforzamiento, procedimientos de extinción, etc.)
- Sin embargo, por lo general es preferible el uso de técnicas metacognitivas porque permiten al niño autocontrolarse en cualquier contexto

- Es muy importante asegurarse del mantenimiento y generalización de los objetivos alcanzados. Se necesita la colaboración de los padres o algún otro adulto de su contexto que asegure el reforzamiento y mantenimiento de objetivos conseguidos.
- Se debe planificar previamente la evaluación y seguimiento del tratamiento
- En caso de no lograrse todos los objetivos propuestos, se deberá plantear otras actividades a un nivel más sencillo o reformular los objetivos

Nivel Grupal:

El psicopedagogo puede trabajar en grupos de niños o jóvenes con características similares en programas como talleres, hospitales de día, etc. Se sugiere lo siguiente:

- Planificar previamente las sesiones con objetivos generales, específicos, actividades, recursos a utilizar, evaluación y seguimiento, etc.
- Determinar el número de sesiones, duración, frecuencia
- Seleccionar forma de registro de asistencia, conducta y desarrollo de todos los individuos del grupo
- Establecer claramente las normas y objetivos del trabajo en grupo
- Estimular la motivación y participación de todos
- Al final, reflexionar con los participantes sobre las actividades realizadas y los posibles objetivos alcanzados
- Dar un avance de las actividades para la próxima sesión

Otros servicios que presta a nivel grupal son seminarios para profesores, escuela de padres, etc.

Nivel Organizacional:

Colaborar con el equipo multidisciplinario en la elaboración y ejecución de proyectos y programas institucionales.

INTERVENCIÓN MEDIANTE TERAPIA OCUPACIONAL

INTRODUCCIÓN

Los problemas relacionados con la salud mental infanto-juvenil presentan peculiaridades que deben ser tenidas en cuenta a la hora de planificar la

intervención desde la Terapia Ocupacional. Las diferencias entre la expresión de síntomas del niño con el adulto y el empleo de técnicas especiales para facilitar el trabajo de las dificultades presentadas, hacen del conocimiento profundo de la psicopatología infantil y de las etapas de desarrollo las herramientas fundamentales para todos los profesionales.

Al igual que la intervención psicopedagógica, la terapia ocupacional puede intervenir en la mayoría de los trastornos mentales infanto-juveniles.

FUNCIONES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL

La Terapia Ocupacional tiene mucho que aportar en el abordaje del niño y constituye una herramienta indispensable en las Unidades de Salud Mental Infantil y Juvenil (USMI-J) del siglo XXI. Las funciones del Terapeuta Ocupacional en las USMIJ son⁸:

- Evaluación ocupacional. Cada profesional en función de las necesidades de los servicios ha ido confeccionando su forma de evaluar las deficiencias del funcionamiento ocupacional del niño. Entre los aspectos a destacar se recoge información acerca de intereses, hábitos, habilidades motoras, cognitivas, relacionales y comunicativas, grado de autonomía personal (Actividades de la Vida Diaria básicas e instrumentales), funcionamiento productivo en el ámbito educativo, formas de abordaje del ocio y tiempo libre y afrontamiento del medio
- Planificación de la intervención individualizada
- Desarrollo y potenciación de habilidades para el desempeño a nivel productivo (académico), habilidades relacionadas con la autonomía personal y social
- Estimulación de intereses y creación de hábitos en su medio ambiente próximo
- Planificación y desarrollo de talleres ocupacionales grupales
- Coordinación con los recursos de asistencia normalizados donde desarrolla la vida el niño y adolescente (educativos, lúdicos, etc.)
- Psicoeducación familiar en los aspectos relacionados con su funcionamiento ocupacional

- Diseño y participación en actividades con el resto del equipo multidisciplinar y con los profesionales de otras instituciones que lo requieran
- Coordinación con otros dispositivos de la red de salud mental a través de comunicación directa, emisión de informes y participación en la continuidad de cuidados
- Actividades de docencia e investigación

Como ejemplo del tipo de actividad que realiza en un hospital de día de salud mental infantil y juvenil, el terapeuta ocupacional sigue un patrón de actuación parecido al que se realiza en la mayoría de los servicios en los que existe la figura del mismo, es decir, una acogida, una evaluación del paciente y un alta⁹.

1. La acogida:

Se recogen todos los datos que se tengan del paciente, esta información se complementa con la historia clínica.

Una vez que se ha recogido la suficiente información acerca del caso se discute con el resto de los miembros del equipo, si este paciente se beneficia o no de la atención en el hospital de día.

2. La evaluación:

Continuada y pormenorizada: Cuando se realiza se expone al resto del equipo terapéutico. Gracias a esta evaluación se establece la planificación y programación del tratamiento. Este tratamiento va a ser siempre individualizado.

Los principales objetivos que se van a marcar desde la Terapia Ocupacional son: La reincorporación del paciente a su medio. Siempre se intentan restablecer aquellas habilidades anteriores al proceso agudo y si no es posible, se trata de dotarlo de nuevas habilidades para hacer frente a los distintos requerimientos.

Para ello se utilizan programas de tratamiento individual y grupal.

3. El alta:

Decidida por todos los miembros que forman parte del hospital de día. Antes de dar el alta a un paciente es importante explicar a la familia las distintas posibilidades asistenciales con las que cuentan la red sanitaria.

Como conclusión, el terapeuta ocupacional juega un papel primordial dentro del tratamiento al enfermo psiquiátrico del hospital de día, proporcionando una perspectiva distinta y necesaria de la del resto del equipo terapéutico.

INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA

Uno de los objetivos que se persigue con el paciente que ingresa en el hospital de día es no desvincular al paciente de su medio habitual. Por lo tanto es básico que durante el tratamiento la familia se convierta en un punto de referencia tanto para los profesionales del hospital de día como para el paciente.

Desde el hospital de día, se debe dar regularmente información y ayuda a las familias, ya que sufren una gran cantidad de estrés y ansiedad asociada al hecho de convivir con los pacientes. En el estudio de Hatfield (1984), 138 familias señalaron sus necesidades de asistencia profesional, entre las que se destacan la motivación al paciente, la comprensión de las expectativas y la asistencia en los episodios críticos entre otras¹⁰.

Por lo tanto, es esencial que durante el tratamiento las familias participen en las distintas fases del mismo.

EL EQUIPO TERAPÉUTICO EN UN HOSPITAL DE DÍA DE SALUD MENTAL INFANTIL Y JUVENIL

Las características del hospital de día requieren y muchas veces permiten la participación de distintos profesionales. Cada uno de ellos es responsable de un área de tratamiento. La forma de comunicación entre los distintos profesionales que componen el hospital de día se basa en una serie de reuniones diarias en las que se establecen los objetivos a seguir con el paciente, criterios de manejo y actuación (por lo tanto la atención va a ser individual) y la puesta en común de los datos más relevantes que afectan al mismo. También se realizan las evaluaciones de las áreas problemáticas que esté presente y la valoración del cambio evolutivo a través del proceso terapéutico¹¹.

El equipo de profesionales que forman el hospital de día puede estar compuesto por: Psiquiatra infantil, pediatra, psicólogo, terapeuta

ocupacional, psicomotricista, trabajador social, enfermera especializada en salud mental, educadores y auxiliares clínicos.

Dentro del equipo se trabaja con un enfoque común: De mutuo acuerdo se va a decidir quién va a realizar una determinada tarea, cómo se toman y modifican las distintas decisiones. Para que esto se lleve a cabo es necesaria la participación de todos los miembros del equipo.

NECESIDAD DE TRATAMIENTO

¿Cuáles son las señales que se deben tener en cuenta?

¿Cómo percatarse si una dificultad o característica que llama la atención es lo suficientemente preocupante como para consultar?

¿Cómo saber si lo que pasa es normal para su edad o las circunstancias que está viviendo?

Para saber qué debiese llamar la atención en un niño, es necesario tener como referente algunas nociones del desarrollo normal.

El retraso en alguno de los aspectos del desarrollo puede significar una serie de cosas, no todas de las cuales ameritan un tratamiento psicológico, por otra parte, puede que un leve retraso sólo signifique que su hijo tiene un ritmo de desarrollo más lento. Sin embargo, cabe acentuar que muchos padres se quedan con esa noción, y dejan pasar importantes semanas, meses y hasta años, que ante un adecuado tratamiento harían mucha diferencia en la evolución del problema del niño.

Algunas de las áreas a revisar contempladas desde la terapia ocupacional son: los patrones de alimentación, los patrones de sueño, la atención y concentración, el rendimiento escolar, el juego, las relaciones sociales, el nivel de actividad, las conductas...

BIBLIOGRAFÍA

1. Baña, M. La Intervención Psicopedagógica, conceptos y aspectos generales. La Coruña: Ed. Universidade da Coruña; 1999.
2. Bonboir, A. Pedagogía Correctiva. Madrid: Ediciones Morata, S.A.; 1971.
3. Smith, E. y Kosslyn, S. Procesos cognitivos: modelos y bases neurales. Madrid: Pearson/Prentice may; 2008.
4. Maestú U. Neuroimagen: Técnica y procesos cognitivos. Barcelona: Elsevier; 2008.
5. Ward, J. The student's guide to cognitive neuroscience. New York: Psychology Press; 2006.
6. Blakemore, S. y Frith U. Cómo aprende el cerebro, las claves para la educación. Barcelona: Ariel; 2008.
7. Muñoz, A. Bases para la intervención psicopedagógica en trastornos del desarrollo. Málaga: Universidad de Málaga/Manuales; 1995.
8. B. Polonio López, P. Durante Molina, B. Noya Arnáiz. Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional. Ed. Panamericana; 2001.
9. Lieberman. Rehabilitación Integral del enfermo mental crónico. Barcelona: Ed. Martínez Roca; 1993.
10. Moruno P. "Terapia Ocupacional en Programas de Hospitalización Parcial" en Durante, P. y Noya B. "Terapia Ocupacional en Salud Mental: principios y práctica". Barcelona: Ed. Masson: 1998.
11. M. Leturia, F.J. Lemuria y J.J. Yanguas. "Trabajo en Equipo" en Durante P. y Noya B. "Terapia Ocupacional en Salud Mental: principios y práctica". Barcelona: Ed. Masson; 1998.

EL ARTE COMO TERAPIA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

DRA. CARLOTA MANRIQUE SUÁREZ

DRA. IRLANDA SOLÓRZANO TUMBACO

LCDA. NATALIE EL GOUHL

EL ARTE Y SUS EFECTOS EMOCIONALES Y COMPORTAMENTALES

En este capítulo se explica los procesos que subyacen en el desarrollo creativo, sensitivo e intelectual del niño y el adolescente, así como las conductas que se producen en la práctica artística, la misma que se fundamenta en aspectos psicológicos, pedagógicos y estéticos.

El arte es de vital importancia en la educación y en la vida cotidiana de los menores ya que es generador del desarrollo de la expresión creativa natural que todo ser trae consigo, y estimula tanto las cualidades como los valores sociales, morales y la autoestima. Además, tiene la finalidad de introducir al implicado en la ardua y fascinante tarea de la creatividad, la sensibilidad, la apreciación artística y la expresión, factores que contribuyen al espíritu creativo y social de todo individuo.

El hombre es por naturaleza un ser que necesita comunicarse y expresarse para relacionarse con los demás. Es un ser único, con una capacidad de autenticidad en su expresión individual y con un lenguaje que lo diferencia del mundo animal. Precisamente por este lenguaje el hombre puede expresarse y crear sus propios símbolos y diferentes lenguajes para mostrar sentimientos ya sea por medios **orales, escritos, corporales, musicales o gráfico pictóricos**.

De acuerdo con las etapas de desarrollo del niño y del adolescente, el dominio de la actividad artística va persistiendo de forma creativa e interpretativa. Para que llegue a su cauce se necesita de la estimulación del ambiente informal, escolar y de la sociedad misma. En la medida que va creciendo, el niño busca la forma de comunicación y expresión en relación

con los demás; para esto, toma los elementos que considera importantes para su entendimiento, comienza a utilizarlos artísticamente y a proyectar situaciones vivenciales, que expresan sus relaciones con lo social, lo familiar y lo escolar. Es aquí donde el niño (de acuerdo con su etapa de desarrollo) comienza a manejar la simbología (su simbología), su interpretación del mundo de acuerdo con su edad. La creatividad y la imaginación van de la mano con estos dos elementos; crea sus fantasías transformándolas en elementos artísticos según la manifestación simbólica que van adquiriendo.

En 1993, Gardner señaló que existen siete inteligencias. Estas son: **la lingüística-verbal, la lógica-matemática, la física-cinestésica, la espacial, la musical, la interpersonal y la intrapersonal**. Luego basándose en los estudios más recientes establece que hay más inteligencias: **la naturalista, la espiritualista, la existencial, la digital y otras**.

Los educadores que realizan proyectos educativos con las Siete Inteligencias Múltiples han incorporado la inteligencia naturalista como la octava de ellas.

Veamos cada una de ellas:

- **La inteligencia lingüística-verbal:** es la capacidad de emplear de manera eficaz las palabras, manipulando la estructura o sintaxis del lenguaje, la fonética, la semántica, y sus dimensiones prácticas. Está en los niños a los que les encanta **redactar historias, leer, jugar con rimas, trabalenguas y en los que aprenden con facilidad otros idiomas**.
- **La inteligencia física-cinestésica:** es la habilidad para usar el propio cuerpo para expresar ideas y sentimientos, y sus particularidades de coordinación, equilibrio, destreza, fuerza, flexibilidad y velocidad, así como propioceptivas y táctiles. Se la aprecia en los niños que se destacan en actividades deportivas, **danza, expresión corporal** y/o en trabajos de construcciones utilizando diversos materiales concretos. También en aquellos que son hábiles en la **ejecución de instrumentos**.
- **La inteligencia lógica-matemática:** es la capacidad de manejar números, relaciones y patrones lógicos de manera eficaz, así como

otras funciones y abstracciones de este tipo. Los niños que la han desarrollado analizan con facilidad planteamientos y problemas. Se acercan a los cálculos numéricos, estadísticas y presupuestos con entusiasmo.

- **La inteligencia espacial:** es la habilidad de apreciar con certeza la imagen visual y espacial, de representarse gráficamente las ideas, y de sensibilizar el color, la línea, la forma, la figura, el espacio y sus interrelaciones. Está en los niños que estudian mejor con gráficos, esquemas, cuadros. Les gusta hacer mapas conceptuales y mentales. Entienden muy bien planos y croquis.
- **La inteligencia musical:** es la capacidad de percibir, distinguir, transformar y expresar el ritmo, timbre y tono de los sonidos musicales. Los niños que la evidencian **se sienten atraídos por los sonidos de la naturaleza y por todo tipo de melodías**. Disfrutan siguiendo el compás con el pie, golpeando o sacudiendo algún objeto rítmicamente.
- **La inteligencia interpersonal:** es la posibilidad de distinguir y percibir los estados emocionales y signos interpersonales de los demás, y responder de manera efectiva a dichas acciones de forma práctica. La tienen los niños que disfrutan trabajando en grupo, que son convincentes en sus negociaciones con pares y mayores, que entienden al compañero.
- **La inteligencia intrapersonal:** es la habilidad de la autoinspección, y de actuar consecuentemente sobre la base de este conocimiento, de tener una autoimagen acertada, y capacidad de autodisciplina, comprensión y amor propio. La evidencian los niños que son reflexivos, de razonamiento acertado y suelen ser consejeros de sus pares.
- **La inteligencia naturalista:** es la capacidad de distinguir, clasificar y utilizar elementos del medio ambiente, objetos, animales o plantas. Tanto del ambiente urbano como suburbano o rural. Incluye las habilidades de observación, experimentación, reflexión y cuestionamiento de nuestro entorno. Se da en los niños que aman los

animales, las plantas; que reconocen y les gusta investigar características del mundo natural y del hecho por el hombre.

Ver TABLA 1

TABLA 1: LOS 8 ESTILOS DE INTELIGENCIA

INTELIGENCIA	COMO LA MANIFIESTA	QUE SE LES PUEDE OFRECER
LINGÜÍSTICA	Leyendo, escribiendo, contando, juegos a juegos con palabras.	Libros, artes, diarios, revistas, hacer cuentos, diarios íntimos, discusiones, debates.
LÓGICO – MATEMÁTICA	Cuestionario, calculando, experimentando, resolviendo problemas.	Elementos que le permitan pensar, explorar. juegos
ESPACIAL	Diseñando, dibujando, visualizando,	Juego de imaginación, laberintos, rompecabezas, visitas a museos, trabajos artísticos en general.
MUSICAL	Cantando, silbando, escuchando música, haciendo movimientos rítmicos.	Ir a conciertos, aprender a usar diversos instrumentos.
INTRAPERSONAL	Liderando grupos, organizando actividades,	Actividades grupales, aprendizajes operativos, interacción por sus pares
INTERPERSONAL	Teniendo en claro metas, la autoestima y el autocontrol.	Espacio individual, trabajo de auto regulación, opciones, instrucciones individualizadas.
NATURALISTA	Observando, manipulando, experimentando y relacionándose con la naturaleza.	Visitas a laboratorios, trabajos d campo, investigaciones científicas.

Fuente: Gargiulo Pimienta A. El Arte Povera. Barranquilla, 2007. En www.monografias.com

El respeto de la individualidad y expresividad del niño y el adolescente es muy importante, ya que esto les proporciona el equilibrio para que su aprendizaje sea más significativo. Artísticamente, cumplen una función evolutiva que le va a permitir el desarrollo creativo y colectivo, así como cierta estabilidad emocional. Cuando en el ámbito escolar el maestro no está

logrando su función social, el niño y el joven no se están formando como seres creativos con la capacidad para resolver los problemas con los que se enfrentan.

Si el niño y el adolescente no están en contacto con la enseñanza artística como un objetivo necesario para su desarrollo psicomotor, sensitivo e intelectual, esto ocasiona que tenga dificultades tanto del manejo psicomotor de las habilidades físicas, como en el desarrollo de su pensamiento. Se vuelven reproductores de esquemas, sin propuestas ni iniciativas, ya que ha perdido el elemento más importante: **la creatividad**, que es lo que les afianza en su personalidad.

La creatividad no es la copia fiel de un objeto determinado o de una realidad; la creatividad consiste en el desarrollo de la imaginación y el sentimiento, que nos permite representar la realidad por medio de una particular interpretación de elementos, líneas, masas, tonos, colores, movimientos, formas, especialidad, musicalidad, coordinación, etcétera; no es la simple observación y reproducción de algo externo.

El arte crea individuos con actitud abierta y progresiva, capaces de pensar por sí solos, con espíritu de crítica y capacidad de romper lineamientos ya estructurados; es importante intervenir con una pedagogía creativa, que dé soluciones y expectativas, estimulando con el desarrollo estético y eliminando conceptualizaciones cerradas de belleza absoluta que imponen cánones que definitivamente obstaculizan el pensamiento creativo.

La danza, la música, el teatro y las artes plásticas establecen una serie de condiciones importantes que ayudan a la integridad en el desarrollo del alumno, tales como la psicomotricidad, la expresión y la simbología; la imaginación y la creatividad, el sentido estético, la apreciación artística, la sensibilidad, la percepción y el conocimiento.

La introducción de la educación artística en los primeros años de la infancia podría muy bien ser la causa de las diferencias visibles entre un hombre con capacidad creadora propia y otro que, a pesar de cuanto haya sido capaz de aprender, no sepa aplicar sus conocimientos, carezca de recursos o iniciativa propia y tenga dificultades en sus relaciones con el medio en que actúa. La actividad artística podría muy bien ser el elemento necesario de equilibrio que actúe sobre el intelecto y las emociones infantiles. Esto se fundamenta

en el proceso de desarrollo del niño y el pre-adolescente que en su evolución psicofisiológica necesitan de un apoyo que corresponde a los maestros y a los padres, para que la integración de este proceso se dé en forma más natural y los ayude a aceptarse como seres integrales, capaces de adaptarse a las diferentes circunstancias vitales y sentirse dentro del medio social donde van a colaborar con una visión creadora y participativa. A esto agregamos que la carencia de actividades de expresión artística en el niño y el pre-adolescente trae como consecuencia un retraso en el desarrollo evolutivo en los aspectos cognoscitivo, socioafectivo y psicomotriz, así como un desequilibrio en el proceso de aprendizaje tanto intelectual como emocional. Los niños que no desarrollan un proceso creativo en la escuela actúan con niveles atrasados hasta de seis años o más, por esto, es necesario motivar al niño a que cumpla al ritmo correspondiente su evolución expresiva.

Las actividades artísticas, música, pintura, danza y teatro, favorecen y estimulan el desarrollo de la psicomotricidad fina y gruesa del chico, lo cual redundará en un mayor control de su cuerpo, proporcionándole seguridad en los propios poderes y elementos para la adquisición de la lecto-escritura. También ayudan para las experiencias de aprendizaje escolar, motivando el desarrollo mental, ya que con éstas se aprenden conceptos como duro/suave, claro/fuerte, lento/rápido, alto/bajo, etcétera. Se ejercita la atención, la concentración, la imaginación, las operaciones mentales como la reversibilidad (al considerar varias formas para resolver una situación), la memoria, la observación, la iniciativa, la voluntad y la autoconfianza; ésta última, como un resultado de la constatación por parte del niño y el adolescente de todo lo que puede realizar, lo cual se traducirá en un concepto positivo de su persona, que generalizará a las actividades académicas.

El arte beneficia también el desarrollo socioemocional del menor al propiciar la aceptación de sí mismo con sus posibilidades y límites. Esta aceptación determinará su comportamiento presente y futuro: se conducirá de acuerdo con quien cree que es.

Mediante la experiencia artística se cultivan y desarrollan también los sentidos, promoviéndose así el desarrollo perceptivo. El espacio, las formas, los colores, las texturas, los sonidos, las sensaciones cenestésicas y las

experiencias visuales incluyen toda una variedad de estímulos para la expresión.

El arte influye, asimismo, en el desarrollo estético. Por último, el arte favorece enormemente el desarrollo creador, la flexibilidad, la fluidez, la originalidad, la independencia, la crítica y la autocrítica. Al crear se ponen en juego habilidades de análisis, de selección, de asociación y de síntesis, así como las experiencias y conocimientos.

Desgraciadamente, muchos padres les reflejan a sus hijos una imagen negativa de su persona y, en este sentido, **el arte juega el papel de un reparador** para esta imagen deteriorada, manifestándose así una de **sus grandes cualidades que es la terapéutica**, denominada **arte-terapia**.

El **Arte-terapia** es un proceso de transformación, diferenciación e integración de una persona a través de cualquier expresión artística, ya sea la pintura, el teatro, el cine, la fotografía, la escultura, la música o la danza. Se utiliza desde hace mucho tiempo como una terapia alternativa para toda clase de enfermos.

Si por Arte-Terapia se entiende la aplicación del Arte y su manifestación como elemento curativo de la propia psiquis, entonces se puede decir que la premisa sería el restablecimiento de la armonía que debe existir en el interior psíquico con respecto al mundo que rodea al individuo, los semejantes y todo aquello que convive con él en el mundo.

Casi todas las actividades artísticas, por sí mismas, poseen numerosas cualidades terapéuticas: satisfacción, relajación, evasión y distracción, lo cual nos ayuda a reencontrarnos con el equilibrio perdido. Sin embargo, el objetivo real de este tipo de terapia es otro y tiene que ver con la búsqueda de un lenguaje que permita al paciente expresar lo que existe en su inconsciente y que no puede exteriorizar de manera verbal. Lo importante, entonces, es el proceso que utiliza la persona para comunicar lo que le ocurre en su interior, lo cual, evidentemente, no se relaciona con el aspecto estético.

La eficacia de la terapéutica por el arte se evidencia en los cuatro efectos siguientes:

1. Proporciona una oportunidad para la expresión creadora y una liberación de la energía constreñida. Constituye una compensación narcisista al reforzar las funciones del «yo».
2. Ayuda a conseguir la integración social, obligando al enfermo a ajustarse a los demás
3. Permite la expresión de los conflictos inconscientes que no pueden verbalizarse ni manifestarse de otra manera.
4. A veces, despierta un interés vocacional por el arte.

El proceso arte-terapéutico es una herramienta coadyuvante beneficiosa en todo tratamiento de rehabilitación.

La producción artística, en cualquier modalidad y técnica, logra hacer un puente de un borde a otro de lo fracturado emocionalmente.

La resiliencia, término que viene de la física, permite que un objeto que recibió un impacto, vuelva a situarse en la posición previa al accidente. En este sentido, el proceso creativo, permite crear un tercer espacio entre el mundo externo e interno del paciente, en que es posible reelaborar los traumas y crear un nuevo ser más sensible y pleno de sentido en la vida.

Lo que fue negativo, se transforma en un acto de creación positiva.

El arte, que actúa como una verdadera ventana psíquica, permite dar esperanza a los pacientes, de que es posible salir por la puerta ancha del hospital o centro diurno, y dignificar sus vidas como personas.

El arte-terapia, por lo tanto, es una posibilidad real de resiliencia, en un mundo en que la enfermedad mental se ha transformado en un problema grave de salud pública.

PICTOTERAPIA – COLOR Y MENTE

El empleo de la creación plástica con inconscientes finalidades terapéuticas o tranquilizadoras de la personalidad se remonta a las épocas en las que el hombre luchaba por su existencia frente a las hostilidades de las fuerzas naturales. No es improbable que el habitante de las cavernas pintara sus dibujos sobre la roca obedeciendo a una tendencia más catártica y objetivadora que decorativa. Así, con esta objetivación desaparecerá el sentimiento angustioso. Idénticas materializaciones mediante la pintura y la plástica se aprecian en las máscaras y tótems de los pueblos primitivos, concretando en determinadas figuras las esperanzas, deseos o temores

colectivos. La obsesión religiosa de la Edad Media tiene su más potente objetivación, verdadera catarsis colectiva sobre la preocupación del infierno y los castigos de los pecadores, en esa colección de obras sobrecogedoras pintadas por El Bosco.

La terapéutica por la creación pictórica, que sería la **pictoterapia**, constituye parte de la moderna rehabilitación del paciente psíquico, ayuda bastante, porque cuando el paciente pinta, logra estructurar los sistemas de identificación simbólica.

La pictoterapia en los enfermos mentales supone los siguientes efectos psicodinámicos:

- Estimula el empleo máximo de la personalidad total del paciente.
- El proceso de creación aumenta la manipulación de objetos tangibles orientándose en este aspecto hacia la realidad y alejándose de los fenómenos intrapsíquicos. El producto de la creación -que se intenta como una comunicación no verbal- representa a veces la primera ruptura en la coraza del psicótico, el primer puente humano entre la enfermedad y la salud social.

En líneas generales, la pictoterapia es utilizada actualmente bajo dos formas principales:

- como terapéutica ocupacional, o
- como proceder catártico explicativo y psicoanalítico.

La pictoterapia se puede aplicar en pacientes psicóticos o con trastorno bipolar que se encuentran en su fase de manía o euforia, pero también en pacientes con problemas de personalidad, ansiedad o depresión.

Los mejores resultados se han obtenido en pacientes con cuadros obsesivos, pacientes psicóticos y bipolares, así como en niños.

Naturalmente, la terapéutica por la objetivación pictórica no es un método exclusivista que haga abandonar todos los demás procedimientos terapéuticos, pero constituye un valiosísimo medio coadyuvante en la curación de los enfermos mentales, dejando un interesante documento gráfico donde se reflejan todas las vicisitudes del paciente.

En muchas ocasiones, los enfermos reflejan en sus creaciones pictóricas la influencia beneficiosa que la administración de determinados fármacos

puede tener en el pronóstico y evolución del proceso. En estos casos, los efectos farmacológicos de los productos utilizados podrían incluso asociarse a los beneficios que radican en la propia terapia por el arte. No hay que olvidar que determinados pacientes pueden mostrar una gran indiferencia, o negarse, a realizar dibujos o pinturas hasta que una mejoría inducida farmacológicamente les permita una mayor capacidad de expresividad a través de las artes plásticas.

La técnica es semejante a las sesiones psicoanalíticas en el sentido de que el conductor del grupo participa muy poco y prácticamente se convierte en un observador, pero el paciente va a utilizar como método expresivo la pintura y no la palabra. Los pacientes pintan en una sala en la que se instala una mesa central, la cual alberga todo el material de pintura, es decir, agua, pinceles y colores. Se prefiere trabajar con el acrílico porque seca más rápido y porque la textura de este material suele crear una especie de regresión que evoca la época infantil en la que se podían manipular pinturas o colores de cera.

Los pacientes dibujan de pie sobre un cartón o lienzo que se pega a la pared, porque se cree que hacerlo sentado es una postura viciada, toda vez que la posición fisiológica o natural del ser humano es erecta. Además, se hace de este modo porque se presta mucha atención a la vibración del cuerpo y a cómo se transmite ésta hacia el lienzo. En el cuadro queda marcado el lenguaje corporal del paciente.

Lo que más interesa es comprender el cuadro en base a la repetición de los símbolos que se plasman en el lienzo

Las mejorías que se alcanzan mediante esta terapia alternativa se encuadran en diferentes aspectos. Se alcanzan tres metas:

- *diferenciación*, el paciente empieza a distinguir lo que es de él y lo que es de otra persona,
- *sentido del tiempo y el espacio*; por ello la importancia de que las sesiones se realicen a la misma hora, el mismo día de la semana y con el mismo conductor. Esto le ayuda a estructurarse,
- *integración*, misma que se consigue cuando el paciente logra distinguir, a través de la pintura, lo que es real y lo que es producto de una alucinación.

Los enfermos que dibujan no se dan cuenta, pero mediante la pintura “están reestructurando los sistemas de identificación simbólica a nivel consciente y los complejos afectivos.

Antecedentes históricos del dibujo infantil

El dibujo infantil comenzó a estudiarse de manera formal a finales del siglo XIX, al ser una actividad que empezaba a formar parte de la educación artística de los niños, así que psicólogos, artistas y pedagogos realizaron investigaciones al respecto, dando por resultado distintos enfoques, que posteriormente fueron retomados para la elaboración de programas académicos y en la actualidad intervenciones terapéuticas.

Terapia infantil a través de los dibujos

Nada es más real que cuando se afirma que una imagen dice más que mil palabras. Los dibujos de los niños no sólo nos cuentan sus preferencias y opciones por las formas, los colores y las características de sus trazos, también hablan de sus experiencias y preocupaciones. En razón de eso, la interpretación del dibujo infantil es utilizada por muchos psicólogos como terapia en los tratamientos de algún problema. Existen muchos casos de problemas que pueden ser mejor identificados a través de dibujos. Como los niños no pueden -porque no lo saben- explicar lo que sienten, el dibujo puede ser una gran herramienta de apoyo. Casos de violencia, agresividad, de abuso o de maltrato, de temores y de pesadillas, de ansiedad, miedos, dependencia emocional, relaciones familiares, etc., pueden, en la práctica, ser identificados en los dibujos de los niños. Es lógico que para interpretarlos es necesaria una formación especializada, ya que mucho de lo que dibujan los niños también es fruto de su imaginación y fantasía, o una copia de lo que vio en algún libro, en alguna película, o en la televisión. Así que todo cuidado es poco a la hora de intentar entender los dibujos de los niños.

Los niños que viven conflictos, de guerra, de abusos, por ejemplo, pueden expresar su sufrimiento y sus angustias a través de los dibujos.

Pictoterapia como alternativa de intervención psicoterapéutica en niños y adolescentes con necesidades educativas especiales

Los principios fundamentales de la pictoterapia infanto juvenil son los siguientes:

- Actividad.
- Libertad de expresión.
- Socialización del grupo.

Objetivos de la pictoterapia infanto juvenil:

- Canalizar tensiones, emociones y sentimientos.
- Elevar la autoestima, lograr seguridad, confianza, independencia y responsabilidad.
- Obtener integración y sentido de responsabilidad en el grupo, lo que facilita su socialización y la canalización de actitudes negativas por vías social- mente -positivas.
- Desarrollar la percepción, la memoria, la imaginación y despertar el interés por la observación del mundo circundante.
- Estimular el desarrollo de la atención voluntaria y de su concentración por lo que estamos seguros de que la pictoterapia aplicada en la educación general, politécnica y laboral puede utilizarse como función preventiva, pues contribuye a canalizar de forma adecuada muchas conductas infantiles y juveniles, y se evita así que lleguen a una descompensación manifiesta, que posteriormente requiera un tratamiento especializado. Además, es bueno señalar que la pictoterapia contribuye a desarrollar valiosos hábitos culturales, que sientan bases para que los niños y adolescentes adquieran ideales de superación favorables al desarrollo integral de su personalidad

DANZOTERAPIA

Innumerables estudios tomados de manos de especialistas, profesores de baile y pacientes intervenidos con la práctica de la danza, han concertado en el grandioso beneficio que posee este arte como alternativa terapéutica.

La danzoterapia usa el movimiento corporal como una herramienta para obtener un estado saludable de la mente y el cuerpo, crea un estado de bienestar integral, (emocional, físico y mental), que ayuda a mantener al ser humano en un equilibrio constante. Es una terapia psicocorporal que favorece la exteriorización de sentimientos y sensaciones. La técnica se

aplica dependiendo de la persona a la que esté dirigida, es decir que no es igual para un niño, un adolescente o un adulto.

La danzoterapia facilita en los niños y adolescentes la comunicación abierta de todo lo que se siente, reduciendo la ansiedad y la posible distorsión de la realidad que se vive de la misma forma que ayuda a incrementar la autoestima, la creatividad y la productividad. Es un método efectivo, rápido y accesible para estar mejor. A través de esta técnica ellos pueden superar inseguridades, angustias, miedos, fobias o cualquier problema personal. También favorece en el mejoramiento del funcionamiento de sistemas como la familia.

La práctica del movimiento rítmico ha resultado importante para el restablecimiento de los cuadros depresivos: el baile genera endorfinas y por supuesto regula la producción de estímulos adrenérgicos.

En la danza juega un papel primordial el ritmo de la música y la emoción de lo que se desea transmitir, esto hace la diferencia con otras actividades.

MÚSICA Y SUS EFECTOS

La música mejora la capacidad de concentración, desarrolla la sensibilidad y la memoria, ayuda a expresar sentimientos. En los últimos años se han llevado a cabo numerosos estudios sobre la importancia de la música en la formación del individuo, los mismos que concluyen que la música es imprescindible en la educación de los niños y jóvenes.

- Tiene la capacidad de sensibilizar al niño y al adolescente porque engloba todos los sentidos. No sólo está estimulando el oído, la música también proporciona una estimulación visual y táctil.
- Ayuda a anticipar, organizar y sincronizar el movimiento.
- Estimula la imaginación y la capacidad creativa.
- Desarrolla el sistema de expresión musical, así como el sentido estético.
- Desarrolla la capacidad de atención.
- Está íntimamente relacionada con la adquisición de las matemáticas y desarrolla la memoria y el sentido del orden.

- Está muy ligada a las funciones del lenguaje y, en consecuencia, la dificultad de seguimiento de actividades musicales suele estar relacionada a algún tipo de disfunción en la expresión verbal. En este caso, la música puede servir para diagnosticar un posible problema.
- Ejercita la inteligencia, pues acostumbra al niño y al adolescente a seguir el curso de diversos razonamientos a la vez, fomentando así la atención y la concentración.
- Tiene efectos positivos en el campo emocional ya que es el lenguaje de las emociones. En este sentido, favorece la comunicación, el intercambio de ideas o de sentimientos.
- Proporciona experiencias gratificantes.

La musicoterapia puede ayudar a superar problemas de personalidad, como la inseguridad o la timidez, y trastornos más severos como la disminución psíquica, el autismo, o la depresión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gargiulo Pimienta A. El Arte Povera. Barranquilla, 2007. En www.monografias.com
2. Möller C. “Psicoarte (Psicología Analítica & Arte Terapia)”. 2010. En www.fundacion-jung.com.ar
3. Ceballos M A. [El arte, terapia contra la esquizofrenia](#). El Universal Online México, S.A. Agosto de 2006.
4. Escudero Valverde J A, “Pintura psicopatológica”. 1975, Espasa Calpe. En www.fundacion-jung.com.ar
5. González J F. [Pictoterapia, arte que cura la mente-.htm](#)
6. [Ilustraciones y dibujos infantiles – htm](#). 2008
7. Villegas J C. [A media luz: la danza terapia efectiva en pacientes con trastornos depresivos – htm](#). 2009
8. Garí Campos A M. [La música ayuda a nuestros hijos](#). 2007. Con la autorización de: <http://www.solohijos.com/>



**REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LA SALUD
MENTAL INFANTO JUVENIL
FAMILIA, ESCUELA, ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNIDAD**

DR. FABRIZIO DELGADO CAMPODÓNICO

DR. CARLOS SÁNCHEZ NÚÑEZ

DR. CRISTÓBAL MARTÍNEZ GÓMEZ

DR. RODRIGO CHAMORRO OSCHILEWSKY

EL MODELO ECOSISTÉMICO Y LAS REDES DE APOYO

Es conocido el apoyo que brindan las redes sociales y comunitarias a la población infanto juvenil y sus entornos inmediatos de interacción, especialmente a su entorno familiar.

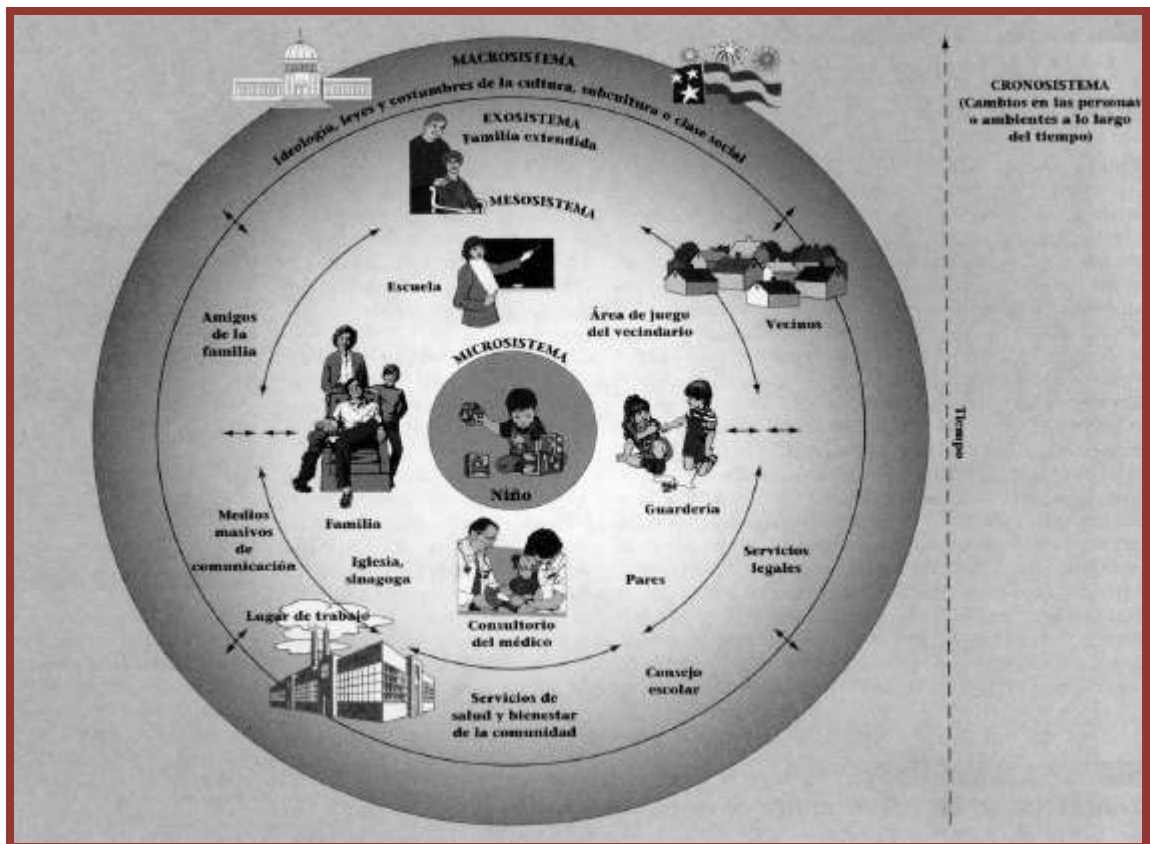
El **enfoque ecosistémico** de Uri **Bronfenbrenner** (1) recoge esa evidencia y postula un cambio fundamental en la perspectiva del desarrollo y la maduración del ser humano, desde una causalidad simple a un pensamiento complejo y circular en el cual estos procesos de desarrollo y maduración adquieren distinta dimensión, donde lo ontológico individual, es un sistema compuesto a su vez de distintos subsistemas. Esta perspectiva concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles, en donde cada uno de esos niveles contiene al otro. Bronfenbrenner denomina a esos niveles el **microsistema**, **el mesosistema**, **el exosistema** y **el macrosistema**.

El **microsistema** constituye el nivel más inmediato en el que se desarrolla el individuo, refiere las relaciones más próximas del niño o adolescente: familia, escuela, amigos y amigas, compañeros de clase, barrio, etc.; el **mesosistema** comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente; al **exosistema** lo integran contextos más amplios que no incluyen a la persona como sujeto activo: el mundo de trabajo, el vecindario, las relaciones sociales informales, los

servicios públicos y privados, la iglesia, los medios de comunicación, las instituciones recreativas y los organismos de seguridad.; finalmente, el **macrosistema** comprende el ambiente ecológico que abarca mucho más allá de la situación inmediata que afecta a la persona, es el contexto más amplio y remite a las formas de organización social, los sistemas de creencias y los estilos de vida que prevalecen en una cultura o subcultura en la que se desenvuelve la persona y todos los individuos de su sociedad, así como los factores socioeconómicos.

En este modelo el niño y/o el adolescente, al que se le atribuyen determinados roles y valores y que realiza algunas acciones, está en un contexto interaccional con su sistema familiar, el mismo que a su vez se relaciona e interactúa dinámicamente con otros sistemas sociales, tales como organizaciones comunitarias, sistemas escolares y de salud, condiciones de vivienda y laborales. (Ver **FIGURA 1**)

FIGURA 1: MODELO ECOLÓGICO DE URI BRONFENBRENNER



Fuente: Papalia D E. Wendkos Olds S. (1992): Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia. McGraw-Hill. Página 18 (2)

La capacidad de formación de un sistema depende de la existencia de las interconexiones sociales entre ese sistema y otros. Todos los niveles del modelo ecológico propuesto dependen unos de otros y, por lo tanto, se requiere de una participación conjunta de los diferentes contextos y de una comunicación entre ellos.

Por tanto para evaluar los trastornos psíquicos y emocionales de la población infanto juvenil hay que considerar la interacción sistémica que se produce entre los factores biológicos, psicológicos y sociales de dicha población, que es la que determina el estado de salud o enfermedad. Como ejemplos: el empleo del padre afecta el estilo de crianza del niño, lo que a su vez tiene un impacto en la conducta y desarrollo de ese menor; los cambios en la atención madre-hijo en las maternidades pueden producir efectos perdurables hasta por cinco años en la relación madre-hijo; las crisis económicas producen efectos duraderos en el desarrollo de los niños y adolescentes. (3)

El enfoque ecológico también se aplica a las interrelaciones que existen entre los componentes de diversos entornos en que el niño o adolescente interactúa directa o indirectamente (el hogar, la escuela, el lugar de trabajo de los padres); dependiendo del grado de comunicación, colaboración, participación conjunta e información de cada uno de ellos acerca de los otros, se podrá conseguir que funcionen de manera adecuada y efectiva y de forma saludable en el desarrollo óptimo de la población infanto juvenil. Esto es lo que sustenta el concepto de **redes de apoyo social y comunitario**. El modelo ecológico supone una herramienta conceptual que permite integrar conocimientos, examinarlos con una perspectiva particular, elaborar nuevas hipótesis y brindar un encuadre teórico a partir del cual se puedan elaborar estrategias de intervención en la comunidad. La perspectiva ecosistémica nos permite conocer las interacciones entre los microsistemas de las personas y, por tanto, dónde y cómo surgen las redes de apoyo social, como funcionan y qué papel podemos jugar los profesionales en y con ellas (4).

SERVICIOS DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

La falta de una visión integradora como la que Bronfenbrenner propone en su teoría ha hecho que los fenómenos inherentes al crecimiento y desarrollo biológico del niño y del adolescente se consideren desconectados del crecimiento y desarrollo psicológico, y que éstos rara vez sean estudiados en el contexto familiar y sociocultural.

Los servicios de Salud Mental infanto juvenil se han dedicado tradicionalmente a la atención de los trastornos mentales y a los que se describen bajo la categoría más amplia de trastornos neuropsiquiátricos donde se incluye la epilepsia bajo el paradigma biomédico, fundamentalmente curativo. Una visión tan estrecha de la Salud Mental, especialmente tratándose de la población de niños y adolescentes es insuficiente para dar respuestas apropiadas al conjunto de necesidades psicosociales de esta población. Por otro lado, la ausencia de directrices para el desarrollo de políticas y planes de salud mental para niños y adolescentes conlleva el peligro de que los sistemas de atención sean fragmentarios, ineficientes, costosos e inaccesibles.

Los servicios de Salud Mental infanto juvenil deben ser parte destacada del programa de Salud Mental Comunitaria, dentro del sistema de Atención Primaria de Salud.

La Salud Mental Comunitaria aún no es prioritaria en la mayoría de los países, mucho menos cuando se trata de poblaciones especiales como es la de niños y adolescentes, sin embargo, las frecuentes transformaciones del sistema político pueden generar en algunos momentos condiciones favorables para el desarrollo de políticas públicas en este campo para una atención eficiente. (5) Dicha atención debe ser orientada hacia el establecimiento de redes de servicio comunitario y social que substituyan el modelo arcaico asilar de la psiquiatría y se ocupen de manera principal de la promoción, protección y prevención de la salud mental infanto juvenil en especial y de la identificación y atención de las poblaciones en riesgo mental y psicosocial.

Resulta evidente que las prácticas de salud y de riesgo de la infancia y adolescencia “se producen” en sus contextos interpersonales significativos, en especial, la **familia**, escuela y el grupo de iguales y a las transacciones

que mantiene con estos: ejemplos a los que están expuestos, a los riesgos y oportunidades que se les ofrece y a las reacciones que las personas significativas de su entorno (padres, amigos, profesores,..) tienen cuando se comportan. La influencia del sistema político a favor de este modelo comunitario de salud mental para la población infanto juvenil debe iniciarse en diversos entornos claves para esta franja etaria: **la familia, el sistema educativo, los servicios de atención primaria, de bienestar social y la comunidad misma**. Estos entornos deben tener una participación activa en el desarrollo y promoción de la salud mental de los niños y adolescentes para de esta forma asegurar la eficacia de la atención. Se debe hacer hincapié en la importancia de los factores protectores y de riesgo, cuya influencia es determinante en el origen, curso y desenlace de los trastornos mentales; todo ello obliga a concentrar las acciones no solamente en los individuos (niños y adolescentes) y los servicios de salud, sino también en la familia, entornos inmediatos de interrelación y la comunidad.

Sabemos que la **interacción familiar** influye de manera positiva o negativa en el comportamiento de los niños y adolescentes y que es el principal contexto de aprendizaje; de igual forma el papel correspondiente a la **escuela** es de importancia capital pues, la capacitación de los educadores no sólo favorece la detección temprana de problemas en el ámbito de la salud mental infanto juvenil sino que facilita su solución; por su parte los programas y políticas en el campo de la Salud Mental infanto juvenil se ven facilitadas cuando se aplican en el contexto comunitario y en el marco de la **atención primaria** en salud, para lo cual es imprescindible promover la atención especializada ambulatoria lo más cercana posible a la comunidad y favorecer la presencia de profesionales de salud mental infanto juvenil en dicho nivel primario de atención. Debido a que en muchos países el número de especialistas en salud mental es insuficiente, se hace esencial la transferencia de conocimientos y técnicas al personal de la atención primaria. (5)

La OMS recomienda una combinación óptima de los servicios de atención de la Salud Mental infanto-juvenil. La mayor proporción de atención de la salud mental en esta población debe ser la **autoayuda y la asistencia de Salud Mental Informal** (familia, escuela, hogares para niños, ONG) donde

se trabaje con un enfoque de promoción y prevención. Esto debe continuarse con **servicios de atención primaria** (policlínicos, servicios de maternidad, servicios familiares) donde se promueva la educación y consejería de la juventud y la familia sobre los problemas de salud general y mental, se estudie de forma selectiva los problemas de salud mental, se logre identificar grupos de riesgo y se dé el manejo básico de desórdenes de la conducta y apoyo para dificultades de larga evolución. Posteriormente se recurrirá a los servicios de **salud mental comunitarios y los hospitales pediátricos** fortalecidos por equipos multidisciplinarios con entrenamiento adicional en salud mental infanto juvenil, los mismos que trabajen en la investigación y tratamiento de los problemas severos referidos de los servicios de atención primaria, entrenen a su vez al personal que labora en atención primaria y establezcan vínculos con otros sectores locales y ONG para las iniciativas de promoción y prevención. Los hospitales psiquiátricos desempeñan un papel mínimo dentro de esta red óptima de servicios.

FAMILIA Y SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

El concepto de familia varía de acuerdo a cual sea el enfoque de quien lo emite. La familia constituye una entidad en que están presentes e íntimamente entrelazados el interés social y el interés personal puesto que, en tanto célula elemental de la sociedad contribuye a su desarrollo y cumple importantes funciones en la formación de las nuevas generaciones y, en cuanto centro de relaciones de la vida en común de mujer y hombre, entre estos y sus hijos y de todos con sus parientes, satisface intereses humanos afectivos y sociales de la persona, ello nos da la idea de la importancia de esta institución.

Para algunos terapeutas familiares, la familia es la más antigua de las instituciones sociales humanas, es el grupo primario de adscripción. Cualquiera que sea la estructura de la familia esta debe cumplir con las funciones que les permitan a sus miembros satisfacer sus necesidades, desarrollarse y relacionarse con el mundo circundante.

La familia recoge ampliamente las emociones, pensamientos y juicios de su contexto social, proporciona al mismo tiempo a la sociedad emociones y puntos de vista. Pero, de ella no solo parten sentimientos elevados y

opiniones avanzadas. En ella se anidan a veces ideas caducas y conservadoras.

La familia es la unidad social primaria universal y por tanto debe ocupar una posición central para la comprensión de la salud y de la enfermedad, para el diagnóstico y el tratamiento. El primer ambiente social para todos los seres humanos es la familia. En consecuencia la familia es una institución socio-cultural importante (la base de la sociedad) y todos los grupos humanos han diseñado prescripciones y prohibiciones tradicionales para asegurar que en la familia puedan llevarse a cabo sus tareas biológicas y culturales. En este camino la familia es, por un lado lazo entre las generaciones que permite la estabilidad de la cultura y por otro también es un elemento crucial en los cambios culturales. Las funciones biológicas de la familia suelen dejarse a la madre y las culturales a veces a otros miembros de la familia, cuando no sean asignados a ella misma.

Es un deber de la familia proporcionar un terreno de entrenamiento protegido, en el cual el niño aprende a vivir como miembro de esa sociedad en miniatura, en la cual se adquieren los hábitos de conducta social que pueden persistir durante toda la vida. Al principio el niño depende completamente de sus padres, especialmente de la madre, pero más tarde necesita y exige que se le dé más independencia y posibilidades de autocontrolar sus actividades. Es importante en toda edad, no pedir demasiado al niño en lo que se refiere a este autocontrol de sus acciones, pero si se hace demasiado por él, puede retrasarse el proceso de crecer y hacerse independiente.

El nuevo papel social y familiar de la mujer, la redefinición de roles, las nuevas formas familiares y valores y el nuevo entorno sociolaboral conlleva cambios y tensiones importantes. Aparecen instancias con fuerza inusitada (televisión, videojuegos, ofertas de consumo) que disputan a los padres la influencia que ejercen sobre sus hijos. En este contexto los padres y las madres experimentan presiones especiales hoy como no las habían experimentado en generaciones anteriores y se perciben especialmente vulnerables en su capacidad para influir en sus hijos. Los estilos de crianza tradicionales están en cuestión y hay quienes piensan que es más duro ser padre hoy y que las tareas parentales están jalonadas de dudas en torno a lo

que es correcto o no en la crianza de los hijos y en relación a los valores, la supervisión y la disciplina, las normas y los castigos. Los padres, en una jungla fragmentada de creencias, de fuentes de información y apoyos, a veces incluso contradictorias, intentan orientar y dirigir sus pautas educativas y de crianza. Por lo que respecta a los niños y adolescentes, estos comienzan a ser sujetos activos de derechos y con capacidad de tomar decisiones, según su desarrollo evolutivo, para dirigir sus vidas, y los padres han de contemplar su influencia en este contexto (6).

Funciones de la familia

Para la mayor comprensión de los problemas del ser humano es necesario entender a la familia como entidad funcional, como sistema intermediario entre la sociedad y el individuo e interactuando con ambos sistemas

Como unidad de supervivencia la familia tiene las siguientes funciones:

- a) Satisfacer las necesidades afectivas de sus miembros
- b) Satisfacer las necesidades físicas
- c) Establecer patrones positivos de relaciones interpersonales
- d) Permitir el desarrollo de la identidad individual de cada uno de los miembros
- e) Favorecer la adquisición de un patrón psicosexual adecuado
- f) Promover el proceso de socialización.
- g) Estimular el aprendizaje y la creatividad de sus miembros

Debido a que la familia se encuentra dividida en dos generaciones, la **relación de cada hijo con sus padres** es hasta cierto grado exclusiva y única, pudiendo representarse como un triángulo invertido. La familia consiste en una serie de triángulos solapados y cada niño puede formar un subsistema con sus padres, los cuales no son idénticos. Es necesario insistir en que ningún niño vive en la misma familia que la de sus hermanos ya que el advenimiento de cada hijo va a modificar el sistema, sus necesidades y expectativas.

La familia como un todo, también constituye una **unidad estructural y funcional**. Una de sus tareas más importantes consiste en, controlar las transiciones o crisis evolutivas de la familia.

Además de la llegada de los hijos, estas crisis, incluyen el comienzo escolar, la pubertad, la adolescencia y la emancipación de los hijos, cuando estos abandonan la familia física o emocionalmente. Estas crisis evolutivas pueden considerarse como una sucesión de separaciones que todos los miembros de la familia deben aprender a controlar

La familia debe procurar: la relajación de sus miembros, la relajación de los modos y maneras e incluso de las defensas esenciales para la interacción. Por todo ello, si la familia como institución no existiera tendríamos que inventarla ahora, ya que no hay otras entidades que puedan dar, a tal cantidad de individuos la oportunidad de recuperar la energía necesaria para enfrentar la vida en la comunidad con su carga de esfuerzo formal y defensivo.

También permite a sus miembros comprometerse en actividades recreativas que supongan alivio. El señalar cierto límite en las actividades relajadoras de la familia como grupo enseña y exige también el control de los impulsos en los juegos. Por ejemplo, todos los miembros pueden verse obligados a abandonar el juego preferido por una actividad de juego grupal de la familia de vez en cuando. De esta manera los niños experimentan la disciplina, así como otras experiencias frustradoras, primero como control procedente del exterior y eventualmente, como un freno procedente de su interior.

Fuentes familiares de psicopatología (7)

La familia en los países occidentales está experimentando grandes transformaciones de todos conocidas. Con carácter general, esta institución en la actualidad es más *flexible y compleja*, lo que equivale a decir que la familia no sigue exclusivamente un esquema tradicional constituido por el padre, la madre y los hijos nacidos en el seno del matrimonio. Las consecuencias de las condiciones en que se encuentra la familia varían, pero resulta indudable que a medida que se incrementa la desintegración en el hogar, sus miembros quedarán expuestos a mayor número de problemas psicológicos. El modelo de relaciones familiares presidido por la escasa comunicación, la debilidad estructural o la rigidez constituye una de las causas reales de psicopatología en niños y adolescentes.

Los progenitores están hoy absorbidos por la prisa y el trabajo, lo que resta tiempo para dedicarlo a los hijos. El bienestar material en el hogar tampoco

se acompaña siempre de calidad interhumana. Un paisaje familiar repleto de aparatos electrónicos no deja sitio al encuentro afectivo. En este marco de creciente despersonalización se hallan al menos las siguientes fuentes familiares de perturbación psíquica, los mismos que fueron vistos con detenimiento en el capítulo 21 de este libro y que resumimos a continuación:

- La **permisividad parental** establecida como reacción al autoritarismo de antaño ha resultado ser igualmente nefasta para el desarrollo emocional y social de los niños. La estructura permisiva corresponde a comunidades familiares anómicas, aquellas en las que los padres no asumen sus responsabilidades ni establecen ningún tipo de normas, lo que conduce a los hijos hacia una desorientación peligrosa: alcoholismo y en otras drogodependencias.
- **La debilidad de la comunicación familiar y la soledad consiguiente.** Hay que tener en cuenta también el aislamiento y el individualismo acentuados por unas tecnologías (televisión, Internet, etc.) que con frecuencia se usan inadecuada o abusivamente. En estas circunstancias, no es extraño que en los sectores más jóvenes de la población hayan aumentado las adicciones electrónicas.
- La **desintegración familiar** producida por separación o divorcio. Las consecuencias del resquebrajamiento varían considerablemente según los casos, pero los conflictos y las tensiones en el hogar calan negativamente en los niños y pueden empujarles hacia la violencia, la marginación, etc.
- El **estrés familiar** generado por situaciones de apuro económico, exigencias de sobreadaptación, etc., perjudica la salud mental infante-adolescente. De hecho, los niños que proceden de capas sociales desfavorecidas y los inmigrantes están más expuestos a las llamadas enfermedades psicosomáticas: asma, cefaleas, trastornos intestinales, etc.
- Los **acontecimientos vitales** (muerte de un ser querido, abuso sexual, abandono del hogar de un progenitor, enfermedad grave,

toxicomanía de un familiar, etc.) tienen también incidencia negativa en la salud mental de niños y adolescentes.

LA ESCUELA Y SU ROL EN LA POBLACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

La familia es la *estructura relacional* primera y principal en la formación de la personalidad. Con la incorporación del hijo a la escuela la función educativa pasa a compartirse con esta institución, en la que el niño tendrá que poner a prueba todos sus recursos personales (intelectuales, afectivos, sociales, psicomotores, etc.) para adaptarse. La cálida realidad hogareña, vivida hasta entonces de manera exclusiva, debe complementarse con las nuevas y no siempre fáciles situaciones escolares. La experiencia infantil adquiere así un sello más profundo y complejo en el que a veces surgen problemas (fobia escolar, fracaso, inadaptación).

El nivel pedagógico y escolar es básico, ya que el niño y el adolescente pasan gran parte de su tiempo en este ámbito, esencial para la socialización, pero además es esencial para la constitución del aparato psíquico al aportar herramientas para el fortalecimiento del YO y constituir el lugar por excelencia de amoldarse a la realidad.

La educación formal se imparte en forma escolarizada y no escolarizada en sus diferentes niveles y modalidades; se caracteriza por contar con objetivos y contenidos propios que son evaluables en función de los diversos estados de desarrollo de los educandos y que al culminarlos satisfactoriamente son certificables.

Los niveles educativos son cuatro: **Inicial, Primario, Secundario y Superior.**

La *educación inicial* tiene como objetivo desarrollar las capacidades intelectuales, afectivas y físicas del niño para que pueda continuar progresivamente los pasos sucesivos de la educación formal y, en sentido más amplio prepararlo para la vida en sociedad. Con tal propósito apoya y orienta a los padres de familia y a la comunidad a fin de lograr el desarrollo de las capacidades y vocación del niño.

La *educación primaria* y la *educación secundaria* ofrecen a los estudiantes una formación científica, humanista y técnica. Afianzan su identidad

personal y social. Están orientadas al desarrollo de competencias que permitan al educando acceder a conocimientos humanísticos, científicos y tecnológicos en permanente cambio.

La *educación superior* se imparte en escuelas e institutos superiores, centros superiores de post grado y universidades. Los institutos ofrecen programas de formación de maestros y una variedad de opciones de formación técnica.

Una **Escuela Promotora de la Salud** (8) “*es un centro educativo que fomenta el mejoramiento del bienestar y la calidad de vida de la comunidad educativa; propicia valores y actitudes favorables hacia la salud integral en un ambiente psicológico y social solidario, de relaciones humanas constructivas, armoniosas y de respeto a la cultura local; busca contar con un ambiente físico seguro y con servicios de instalaciones adecuadas*”. Se proyecta y ejerce una influencia positiva hacia la comunidad, fortalece habilidades en los alumnos y alumnas, promueve actividades educativas dentro y fuera del aula en base a tres líneas de acción, las que se incorporan transversalmente en la programación curricular:

1. *ambientes saludables* en sus dimensiones física, psicológica y social, que favorecen el aprendizaje y promueven relaciones interpersonales positivas, de respeto mutuo y libre de agresión y violencia, entre los integrantes que conforman la comunidad educativa;
2. *los estilos de vida saludable* para fortalecer los conocimientos, las actitudes, valores y aptitudes de los estudiantes para mejorar y conservar su propia salud, la de su familia y su comunidad; promoviendo habilidades para la vida que les permitan establecer relaciones interpersonales adecuadas, así como afrontar y modificar las diferentes situaciones de manera positiva (conocimiento de sí mismo, empatía, comunicación asertiva, toma de decisiones, solución de problemas y conflictos, pensamiento crítico y pensamiento creativo, manejo de emociones y sentimientos, además el manejo de tensiones y el estrés); y
3. *los servicios de salud y nutrición*: programas y/o proyectos en la escuela que responden a las necesidades de los y las estudiantes y favorecen los aspectos de su salud integral.

Fuentes escolares de psicopatología (7)

Como en la institución escolar transcurre buena parte de la vida infantil y adolescente, nada tiene de raro que el ambiente predominante en los centros, la naturaleza de las relaciones interindividuales que se establecen, la adecuación de la metodología docente y el tipo de estructura de enseñanza-aprendizaje, entre otros factores, influyan en el desarrollo psicológico de los escolares.

Ya hemos hablado en un capítulo anterior sobre el aumento de graves problemas en el ámbito educativo: violencia, desorientación, desmotivación, etc. La escuela tampoco ha sido ajena a la profunda mutación social y en su seno se descubren algunas claves de perturbación psíquica que podemos compendiar en las siguientes:

- La **tecnificación en los centros educativos** está introduciendo un considerable cambio en la manera de organizar el proceso de enseñanza-aprendizaje, ahora mucho más dependiente de la máquina y menos de la relación personal con el profesor y los compañeros. Aunque las denominadas “nuevas tecnologías” abren muchas posibilidades a la educación si se utilizan adecuadamente, en la práctica se detecta un significativo uso inapropiado, que puede generar *enajenación e inadaptación* tanto en los alumnos como en los propios profesores.
- Las **malas relaciones personales y la fragilidad de la comunidad educativa**. Un buen número de centros escolares están hoy transidos de rivalidad feroz y de individualismo. El mundo de la escuela se halla asimismo sacudido por la violencia, hasta el punto de que en algunos centros se pone en grave peligro la integridad personal y la educación se torna misión imposible.
- La **adopción de un discurso docente descompensado**, generalmente atento a la vertiente cognitiva pero insensible a los aspectos afectivos, estéticos, sociales y morales de la educación deja al alumno a merced de las circunstancias.
- Los **alumnos con rasgos étnicos, corporales o psicológicos diferenciadores**, los inmigrantes de determinados países y los

discapacitados están más expuestos a problemas psicopatológicos; de hecho, suelen ser víctimas habituales de prejuicios, tienen muy poca influencia en las respectivas escuelas y con facilidad son marginados a los que se atribuye todo tipo de caracteres negativos. Así pues, el compromiso con la salud mental del alumnado y con su formación exige frenar la tendencia segregacionista que se extiende por algunas escuelas.

Alianza entre la familia y la escuela (7)

En la actualidad la separación entre la familia y la escuela ha aumentado de modo alarmante. Esta escisión opera como factor perturbador de la salud mental del alumnado, claramente confundido por la falta de armonía entre las dos magnas instituciones, cuando debe haber colaboración estrecha entre ambas, para prevenir que la educación sea socavada y el desarrollo psicológico de los hijos y alumnos se vea amenazado. El vínculo entre familia y escuela permite mejorar la educación, prevenir ciertos problemas y solucionarlos una vez que se presentan.

Ahora bien, por grandes que sean los logros, siempre tendrán un alcance limitado si no hay relación robusta entre los dos ámbitos.

La adopción de una *pedagogía familiar y escolar* genuinamente humanista puede hacer mucho por la protección de la salud mental, hoy amenazada en niños y adolescentes por factores de diversa índole.

Partiendo del Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (9) se ha desarrollado la base teórica de la propuesta de participación de los padres en los centros escolares como medio de intervención comunitaria sobre las dificultades escolares y, por tanto, como apoyo psicopedagógico a la escuela.

La participación de los padres en el centro escolar (10) se ha revelado en diversos países como un elemento importante de acercamiento y entendimiento entre padres y profesores y como una forma de enriquecer y facilitar el proceso de aprendizaje de los hijos, al aunar estas dos instancias sus esfuerzos educativos para la consecución de una meta común: la **formación integral del alumno**. A través de la relación padres-centro escolar, los hijos no solamente elevan su nivel de rendimiento escolar, sino

que, además, desarrollan actitudes y comportamientos positivos que, en definitiva, enriquecen su persona.

Algunos estudios realizados al respecto han mostrado que la intervención de los padres en el centro cuando los hijos están en la edad preescolar y en los primeros años de escolarización produce efectos altamente beneficiosos, no sólo a nivel académico, sino también a nivel intelectual y actitudinal.

No obstante, a pesar de los aspectos positivos comentados, existen dificultades que impiden lograr una participación real de los padres en los centros. Algunos intentos de implementar programas de participación de los padres en los centros han fracasado porque existen importantes diferencias actitudinales al respecto entre padres y profesores.

En relación con estos estudios que relacionan familia y centro escolar, Bronfenbrenner (1986) (11) apunta con matices de crítica, la tendencia a realizarlos en una sola dirección, sin tener en cuenta el efecto de feed-back de toda relación. Considera que, en general, los estudios se centran en analizar la influencia de la familia en el rendimiento escolar de los niños y en su comportamiento social en el centro escolar, pero pocos se detienen a examinar la influencia que el centro escolar ejerce sobre la conducta de padres e hijos en el seno familiar.

No parece tarea fácil diseñar y ejecutar un programa de este tipo, pero no por difícil debe ser utópico, más aún cuando parecen garantizados los efectos positivos derivados del mismo.

Colaboración Intersectorial: Escuela – Salud Mental

Lo expuesto nos muestra que es evidente la conveniencia de realizar acciones en los entornos educativos, de allí que las escuelas se hayan convertido en uno de los escenarios más importantes para las intervenciones en el campo de la salud mental para este grupo de etario.

Para que los niños y jóvenes se desempeñen de forma efectiva es preciso que utilicen sus capacidades intelectuales, sociales y emocionales, requiriendo seguridad y oportunidades para usar de forma constructiva dichas habilidades.

Existen varias formas de intervenciones escolares por medio de las cuales se fomentan las capacidades de los niños y adolescentes, así como su autovaloración, al tiempo que se consigue disminuir los problemas

emocionales y conductuales. Por lo general dichos programas están orientados hacia el control de los diferentes factores de riesgo y problemas psicosociales, teniendo evidencia que se ha conseguido disminuir los síntomas depresivos y aumentar la resiliencia.

A medida que los estudiantes llegan a un nivel superior de educación se enfrentan a retos y presiones del entorno educativo, especialmente de su grupo de pares, y es entonces cuando las habilidades sociales y emocionales adquieren un rol importantísimo para mantener el equilibrio entre la salud y el desarrollo.

Un ambiente psicosocial positivo en el ámbito educativo influye favorablemente en la salud mental y el bienestar de los menores. Los componentes de tal ambiente incluyen la existencia de una atmósfera amistosa, gratificante, de apoyo y cooperación, el uso de técnicas de aprendizaje activo, la proscripción del castigo físico y la disuasión de las conductas violentas (5).

Para muchos niños y adolescentes con requerimientos educativos especiales, que además presentan un trastorno mental severo, son necesarios dispositivos con la participación conjunta de **Educación y Salud Mental Infante Juvenil**, siendo así mismo importante la coordinación con **Bienestar Social** para el abordaje de ciertas situaciones familiares, así como para favorecer la integración social de estos niños y adolescentes.

Tanto desde el ámbito clínico, como desde el psicopedagógico, partimos de que se tratan de trastornos mentales, donde además de los posibles déficit cognitivos y relacionales, hay alteraciones emocionales y síntomas psiquiátricos, cuyo origen, en la mayor parte de los casos, es multifactorial.

Por ello se plantea, en un primer momento y de forma prioritaria, que la coordinación parta desde la detección precoz, haciendo especial hincapié en el diagnóstico, siendo importante que además del diagnóstico psicopedagógico, esté presente para el nivel educativo el diagnóstico clínico por parte de Salud Mental y viceversa.

Se parte de la necesidad de equipos multidisciplinarios, donde se utilicen técnicas psicoterapéuticas para los trastornos emocionales, junto con trabajo pedagógico necesario para el desarrollo cognitivo y emocional.

Se estipula (12):

- Psiquiatra de niños y adolescentes.
- Psicólogo clínico.
- Logopeda (en el grupo de los pequeños).
- Psicomotricista (pudiendo ser asumida esta función por otro miembro del equipo con formación específica).
- Personal de enfermería y monitores /as.
- Trabajador Social.
- Terapeuta ocupacional.
- Maestro /a especializado en Pedagogía terapéutica.

LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SU PAPEL EN LA SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

De lo expuesto en apartados anteriores de este capítulo se destaca la necesidad de formación específica sobre psicopatología infantil del personal de Atención Primaria, de los equipos Psicopedagógicos pertenecientes a Educación y del personal de las Unidades de Salud Mental.

La promoción de conductas saludables, detección precoz de patologías mentales y la detección de grupos de riesgo corresponden a otras instancias (pediatras, Servicios Educativos, Servicios Sociales de base y familia) distintas de los Servicios de Salud Mental, ya que estos no están en primera línea de atención.

Los pediatras deben constituir el primer nivel de Atención Sanitaria, así como en el ámbito educativo, lo son los maestros y profesores.

Modelos de interrelación (13)

Se acepta globalmente que los Especialistas en Salud Mental (ESM) tienen un papel que cumplir en el manejo de los pacientes con alteraciones emocionales relevantes, que en la actualidad no les son remitidos; se proponen tres modelos de interrelación para lograrlo:

1. Modelo de reemplazamiento, según el cual los psiquiatras mismos son los que ven la mayoría de pacientes, reemplazando a los profesionales de primera línea.

2. Modelo educativo: La mayoría de los Especialistas en Atención Primaria (EAP) sea por falta de preparación o de motivación, están mal preparados

para tratar con problemas psiquiátricos o psicosociales. Este modelo supone una cercana colaboración ESM - EAP, en la que los miembros del ESM actúan como educadores con la finalidad de mejorar la formación en el área de Salud Mental de los profesionales del EAP.

La formación puede consistir en una serie de seminarios en los que los profesionales del EAP se reúnen regularmente para discutir los casos con un líder (Grupos Balint).

Con este modelo se tiende, por parte de los EAP, a lograr:

- El aprendizaje de mejores técnicas de entrevista.
- Una mejor comprensión de los problemas emocionales de los pacientes.
- Una mejora en la relación médico-enfermo.
- Un mejor uso de la remisión de pacientes al especialista.

3. Modelo de enlace. Los ESM se desplazan hacia Atención Primaria, para trabajar cerca de los profesionales de primera línea. La misión del ESM es ver pacientes previamente seleccionados, o tiene primariamente un papel consultivo, discutiendo los casos clínicos y aconsejando al EAP.

El modelo presenta muchas ventajas:

- El EAP puede participar en el proceso de toma de decisiones del ESM.
- El EAP contribuye directamente al conocimiento del paciente por parte del ESM.
- El ESM aprende un estilo nuevo de relación con el EAP.
- El ESM ofrece apoyo directo al EAP.

Este modelo de enlace es el que resulta más adecuado, para lograr una integración óptima de la Salud Mental, en la asistencia primaria.

Para la aplicación de Atención Primaria en Salud mental es necesario (14):

1. Crear un equipo interdisciplinario de trabajo. Apoyar el trabajo del equipo comunitario en salud mental desde unidades especializadas de atención.
2. Crear programas específicos de salud mental en la comunidad. Realizar tratamientos farmacológicos a patologías de alta

prevalencia y grado de complejidad apropiados al nivel de atención, psicoterapia y rehabilitación que pueden ser individuales, familiares o grupales. Ofrecer orientación y asesoramiento sobre problemas sociales a los pacientes y su familia. Así mismo, cuando el caso lo requiere realizar atención domiciliaria.

3. Crear programas de salud mental dentro o comprendidos en programas de salud en general.
4. El equipo interdisciplinario será quien atienda a los pacientes que ingresen en el programa de asistencia primaria de salud mental, realizando además, interconsultas con el equipo de salud.

Para la promoción y protección se recomienda:

1. Realizar actividades en sectores de riesgo de la población promoviendo la participación, autonomía, desarrollo, creatividad de las personas, etc.
2. Crear espacios alternativos para la capacitación laboral y el establecimiento de lazos sociales.
3. Educación Sanitaria de la población, colaborando con otros Organismos e Instituciones en programas de reinserción social de los pacientes con enfermedades mentales crónicas.

Para la prevención:

1. Aplicación de instrumentos de tamización para los trastornos más prevalentes.
2. Cuando se detecte población de riesgo se aplican el recurso de promoción y protección para evitar situaciones específicas (actividades recreativas y creativas, ludoteca, etc.)
3. Hacer acompañamiento terapéutico.
4. Fortalecer grupos de autoayuda y redes de apoyo social.

Servicios de atención mental infante juvenil: Desafíos y Oportunidades

En el primer decenio de este nuevo milenio, los profesionales de la salud se enfrentan con una necesidad rápidamente creciente de servicios de atención de salud mental infantil y con modelos cambiantes de prestación del servicio (entrega de servicios). Ello nos presenta una oportunidad única de proporcionar servicios donde no existían en el pasado, o de mejorar los servicios ya existentes.

Obstáculos (15)

1.- Falta de reconocimiento de la morbilidad mental infantil a nivel de atención primaria: Los problemas de salud mental registran un alto porcentaje entre los niños y jóvenes pero, a pesar de las posibilidades de tratamiento efectivo, sólo un tercio aproximadamente de los jóvenes con problemas de salud mental reciben ayuda profesional.

Los obstáculos comunes a la consulta de profesionales incluyen:

- Estigmatización social del acceso a servicios de salud mental.
- Reticencia de la familia a reconocer que sus hijos tienen un problema de salud mental.
- Percepciones negativas de la familia y los amigos con respecto al tratamiento de salud mental.
- Falta de confianza y fe en la utilidad de dicho tratamiento.
- Muchos consultan otras opciones de medicina alternativa antes de consultar a profesionales de salud mental.

Otros obstáculos a la consulta de profesionales incluyen:

- Dificultades prácticas y logísticas de acceso a los servicios
- Costo
- Disponibilidad

En vista de esta realidad, debería asignarse prioridad a la evaluación sensible a las diferencias culturales y métodos de intervención y creación de servicios apropiados para los grupos etarios dentro del entorno de la atención primaria y de las escuelas de salud.

2.- Métodos para mejorar la entrega de servicios a nivel comunitario y de atención primaria: Una manera eficiente y eficaz en función de los costos de abordar las necesidades de salud mental infanto juvenil, sin diferencias de situación económica, sería poner en práctica programas de selección de salud mental en las escuelas. Dicho programa brindaría formación para personal de atención de salud primaria, maestros y otros profesionales que trabajan con niños y adolescentes, aumentaría la capacidad y confianza de los trabajadores de la escuela y de la salud en la detección de los problemas de salud mental

La detección de las necesidades de salud mental de la población infanto juvenil debe venir aparejada con un sistema apropiado de derivación, trayectorias de atención y suministro de servicios de salud mental.

3.- Cómo aumentar la facilidad de acceso a los servicios de salud mental infantil: A pesar de que muchos niños con problemas de salud mental están en contacto con servicios de atención primaria de la salud, pocos reciben atención apropiada.

Con las actuales deficiencias y brechas de servicio y patrones de uso de los servicios, se requiere urgentemente mayor énfasis en el desarrollo de recursos a nivel de población y atención primaria, particularmente en educación de salud pública, mayor formación del personal de atención primaria y mayor facilidad de acceso a los servicios especializados de salud mental.

REDES (16, 17)

La noción de red no es un objetivo en sí mismo, sino que es, como metáfora, parte de una epistemología para la acción que permita mantener, ampliar o crear alternativas deseables para los miembros de esa organización social, es una invitación a verse a sí mismo como un participante reflexivo y no como el "objeto social" de una "masa humana". El operador en red, en tanto participante responsable de su condición jerárquica, ha de promover las prácticas reflexivas que permitan a los miembros de la organización (incluido el propio operador) verse a sí mismos de un modo novedoso en las consecuencias de su accionar.

La red es una estructura que basa su fortaleza en la cohesión que se logre establecer en cada uno de los puntos donde convergen o se encuentran y se anudan todos y cada uno de los hilos, no importa del material que estén hechos. De esta forma los puntos pueden tomar en su conjunto diversas formas geométricas, cuya belleza y solidez solo pueden comprobarse, cuando se miran de lejos y cuando a todos en su conjunto y a cada uno de los puntos de fusión en particular, le corresponda aportar una parte de la fuerza global que requiere la red, para mostrar su verdadera resistencia, su verdadera fuerza, al levantar o movilizar un determinado objeto, con un peso y resistencia específica, concreta. El punto de fusión o de encuentro,

tiene un significado muy especial. En la familia, en la comunidad y en la sociedad, se es fuerte si los puntos que mantienen unidos a la red, son fuertes y sólidos.

Esos puntos de fusión pueden ser el sentido de pertenencia, estar consciente de que se forma parte de un todo y que las aspiraciones e ideales de cada individuo son los mismos que tienen quienes están de alguna manera ligados a él y a otros. También son puntos fuertes de fusión, el cultivo de valores como la solidaridad, la amistad, la sinceridad, el bien común y el trabajo en equipo.

REDES COMUNITARIAS (16, 17)

La comunidad es un todo integrado, en el cual participan totalidad de las personas que viven en ella: niños, niñas, mujeres, varones y adultos mayores. Tomados en cuenta como personas. Es mucho más que un grupo de personas que viven en un mismo espacio físico y temporal.

Por esto la necesidad de que la organización comunal se profundice y funcione en forma de **REDES**, de tal manera que se pueda crear en una alternativa que podamos llamar: **Redes Comunitarias para la Prevención del Riesgo Psicosocial.**

Dichas Redes Comunitarias son organizaciones de amplia base participativa, que se fundamentan en la comunicación e intermediación multidireccional, en la búsqueda y realización de objetivos y aspiraciones comunes. Integran la participación activa y organizada de niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos, ancianos, organizaciones e instituciones de comunidades en alto riesgo psicosocial.

Este modelo de red comunitaria, lo entendemos como un conjunto de actores comunales (colectivos) absolutamente articulados y funcionando como una red en sí misma, tomando como base una relación sinérgica convergente que se fundamenta en la comunicación, transparente, llana, crítica y sincera, la cual se basa, a su vez, sobre la idea de entender que se tienen raíces comunes, problemas comunes, aspiraciones comunes, un hábitat compartido, y sobre todo, un destino común.

La comunidad en una red debe entenderse como un ser colectivo, con una forma particular de ver y entender su entorno y los sucesos que dentro y fuera de él se dan. Esto constituye su cosmovisión.

El objetivo principal de una Red Comunitaria para la prevención de riesgos psicosociales debe ser: contribuir en el desarrollo de una organización comunitaria más interconectada y más sensible a los cambios de su entorno y de sus condiciones de vulnerabilidad, pero cada vez más comprometida con alternativas de cambio y de desarrollo que le permitan reducir su nivel de riesgo psicosocial y alcanzar una mejor calidad de vida.

Los actores primarios de una red con este objetivo son:

- La familia
- La comunidad
- Las organizaciones no gubernamentales de base comunal
- Las organizaciones de carácter privado (empresa privada)
- Los gobiernos locales (municipalidades)

Los Actores alternativos o coadyuvantes en un sentido más amplio serían:

- Las instituciones públicas
- Las organizaciones del Estado
- Las agencias de cooperación internacional
- Las universidades e institutos de investigación

Cada avance o solución alcanzada debe ser motivo de reunión y celebración en la comunidad. Se pueden organizar actividades recreativas, culturales o religiosas, para lograr que en esos espacios se haga sentir a la comunidad que se están logrando triunfos gracias al trabajo de todos. También es importante que los estudiantes de escuelas, colegios y universidades, conozcan y estudien el documento elaborado por la comunidad sobre sus riesgos psicosociales, las causas, alternativas de solución y planes de acción, con el fin de que también ellos puedan proponer acciones e incluso participar activamente en la realización de pequeños proyectos de solución a problemas identificados, pues no se debe olvidar que la educación de las futuras generaciones, es la mejor alternativa para un cambio sostenible; para construir la nueva cultura de la prevención. Para esto deben participar en el proceso, los maestros y estudiantes de la comunidad en diferentes etapas

previas. Si esto no fuese posible, se debe trabajar con los docentes de la comunidad para lograr este nivel de compromiso.

Para la puesta en marcha de los planes de acción, éstos deben ser convertidos en proyectos. Esto indudablemente, implica la divulgación de la existencia del plan de acción, para lograr no solo el apoyo de toda la comunidad en las acciones, sino para lograr el desarrollo de proyectos puntuales, a cargo de grupos más pequeños en caseríos o barrios.

Para que los planes escolares de la comunidad, se conviertan en verdaderos fundamentos de cambio que favorezcan los planes de la comunidad es necesario:

- Desarrollo de acciones concertadas de intervención viables.
- Desarrollo de acciones de intervención sobre diversos factores de vulnerabilidad, con el fin de reducirlos o eliminarlos.
- Ampliación de las capacidades de la red, con acciones de capacitación en diversos ámbitos.
- Planificación en las comunidades de alto riesgo, donde las acciones de intervención sobre la amenaza y la vulnerabilidad, son de muy largo plazo o son procesos de cambio muy complejos.

Cuando una comunidad ha logrado concretar una acción que había planificado, debe darse a conocer a todas las demás comunidades. No olvidar que el objetivo es la reducción del riesgo psicosocial en el marco de un desarrollo sostenible, con equidad, con equilibrio de las relaciones del hombre con el hombre mismo y con todos sus entornos de interacción. Se pueden organizar actividades de evaluación sobre logros, rectificación y proyecciones de futuro en busca de una reducción del riesgo, con visión de desarrollo sostenible, en procura de una mejor calidad de vida.

Ya se ha dicho que la red es un actor colectivo, dentro del gran conglomerado social. Esto significa que espacialmente lo podemos ubicar en diversas dimensiones. Por ejemplo, se puede aplicar en una zona estrictamente rural o en una zona urbana. En la pequeña o gran ciudad, de la misma manera se puede establecer el modelo de comunidad y el modelo de red, con los mismos principios e idénticos fundamentos. La diferencia puede estar en que los barrios se convierten en los pequeños actores colectivos de

una red mayor de la ciudad y la red de la ciudad, a su vez, se puede convertir en un actor colectivo de una red mayor distrito. Puede continuarse la red indudablemente hacia arriba, entendiendo que pueden constituirse redes regionales o provinciales.

Es de vital importancia que no importa donde se pretenda desarrollar la red comunitaria de reducción del riesgo psicosocial, no se pierdan de vista los principios y fundamentos que sostienen la idea de red comunitaria y menos aún, el hecho de que el principal actor de una red es la persona, todas las personas físicas que comparten ideas, problemas y buscan juntos soluciones comunes que beneficien a todas las especies del espacio vital que comparten.

Cuando una política pública para niños y jóvenes vulnerables y en riesgo tiene como objetivos la revisión de la historia de vulnerabilización, el acompañamiento en la construcción de un proyecto de vida saludable e inclusivo, la incorporación de pautas de relacionamiento del trabajo como parte de la estrategia de vida que desalienten modalidades de supervivencia relacionadas a la mendicidad y a acciones disociales y delictivas, la promoción de configuraciones vinculares que hagan de sostén de la personalidad y apunte los éxitos y fracasos de la vida cotidiana y sobretodo coincide con los movimientos descriptos, es que se puede decir que se está en presencia de un trabajo co-operativo con la red comunitaria que los alberga. Es así como se puede impulsar procesos que reviertan años de vulnerabilización del sujeto.

El trabajo con niños y jóvenes desde la perspectiva de caso, sin revisar la historia de socialización en sus redes primarias, secundarias y el fortalecimiento de los lazos de proximidad comunitaria colocan a la población infanto juvenil, en un contexto de crisis y una vez más en la rueda solitaria de búsqueda de identidad, empleo y formas de supervivencia que los hacen transitar situaciones de riesgo que los vulneran aún más.

Por último, mientras los movimientos sociales pugnen por sub-determinar objetivos de inclusión social y redistribución de la riqueza en las políticas públicas, éstas deben escuchar, reconocer y apoyar la capacidad de las redes comunitarias en generar micro políticas sociales que posibiliten que los niños y adolescentes puedan soñar y construir un proyecto de vida.

REDES SOCIALES DE APOYO PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

(18)

Una red social es, no solo, un hecho social sino una oportunidad para la reflexión sobre lo social tal como lo experimentamos en nuestras prácticas cotidianas. Por lo tanto, la noción de red social implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo. Es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como la escuela, el hospital, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos.

Las principales instituciones sociales que trabajaban con la infancia y la adolescencia hasta el siglo XX eran la familia y la escuela. Los cambios sociales, políticos y culturales de las dos últimas décadas han llevado a la creación de otras estructuras institucionales y/o a la adaptación de estructuras existentes para atender las necesidades de la población infanto juvenil. Brito y Koeller en 1999 conceptuaban a la **Red de Apoyo Social** como un *“conjunto de sistemas y de personas significativas que componen los ámbitos de relación que tiene y percibe el individuo”*. Estas autoras enfatizan que el elemento afectivo es importante para la construcción y mantenimiento del apoyo, en tanto que la red social caracteriza la disponibilidad de recursos externos (tanto formales como informales) que proporcionan algún tipo de refuerzo a las estrategias de enfrentamiento a las situaciones de la vida, sean éstas estresantes o no. Por tanto la red social de apoyo a la infancia y la adolescencia está compuesta por el sistema de salud, el sistema educativo, la asistencia social, el sistema de seguridad pública y otros sistemas responsables de proveer las necesidades de los cuidados que requieren estos menores. Se puede agregar también a todos los sistemas mencionados: los vecinos, los parientes, los amigos y los compañeros de

escuela y/o trabajo que pueden constituir fuentes importantes de ayuda en caso de ser necesario.

Con una variedad de programas, instituciones y servicios se ha ampliado bastante la red de relaciones sociales en la infancia y la adolescencia y la cobertura de las necesidades básicas dejó de ser responsabilidad exclusiva de la familia y/o el Estado, tornándose, efectivamente, en una responsabilidad de la sociedad.

El conjunto de todas las instituciones, programas y servicios que constituyen el sistema de ayuda a los niños y adolescentes, pasando por la familia, escuela, entre otras, hasta el sistema de justicia, configuran lo que se llama ***RED DE APOYO SOCIAL A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA*** e interfieren favorablemente en su calidad de vida.

Lo que se acostumbra a llamar Sistema de Garantía de Derechos es el conjunto de organizaciones de servicios que, juntos, proporcionan las condiciones de desarrollo adecuado a la población infanto juvenil para la garantía de la atención de sus necesidades esenciales. Este Sistema de Garantía de Derechos está conformado en algunos países por un Consejo Tutelar (tal es el caso de Brasil), el Consejo de Derechos de los Niños y Adolescentes, el Fondo para la Infancia y la Adolescencia, los Tribunales de la Niñez, Adolescencia y Juventud, así como órganos y entidades públicas de atención que ejecutan los programas y/o servicios de la población en general.

En ese sentido la familia es apenas una de las instituciones responsables por la calidad de vida de los niños y adolescentes y la escuela se torna en la institución especializada en la transmisión de los conocimientos entre las generaciones, más no implica todo el proceso educativo, en el cual desempeña un papel esencial la convivencia más amplia con la comunidad.

Se percibe, por el esquema presentado, se amplió considerablemente la cantidad y la calidad de las instituciones que configuran la Red de Apoyo social de la Infancia y Adolescencia en la sociedad; estas instituciones varían en sus objetivos, formas y naturaleza, pero mantienen en común que miran en dirección a las especificidades de la población infanto juvenil y mantienen el compromiso de proteger la esperanza de promover un futuro mejor para la sociedad y para los niños y adolescentes. Las intervenciones

psicosociales deben considerar y promover la integración de dicha Red y su eficacia en la atención de la infancia y adolescencia buscando superar las dificultades del trabajo interdisciplinario e interinstitucional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bronfenbrenner U. The ecology of human development. Cambridge, MA. 1979. Harvard University Press.
2. Papalia D E, Wendkos Olds S. Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia. 1992. McGraw-Hill.
3. Castro J, Ed. Psiquiatría de Niños y Adolescentes. Universidad Peruana Cayetano Heredia; Lima, 2009.
4. Villalba Quesada C. Redes Sociales: Un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria. Intervención Psicosocial. Revista sobre igualdad y calidad de vida. Vol 2. España: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2003.
5. OPS/OMS. Salud Mental en la Comunidad. 2da Edición. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud N° 49. Washington, D.C., 2009, pp. 170 - 171, 174 – 175, 188, 190, 233.
6. Costas M. Modelo de potenciación en la prestación de servicios. En http://www.comtf-es-pediatria-congreso_aep_2000-Ponencias-htm M_Cost3_gif.htm
7. Martínez-Otero V. Salud mental de niños y adolescentes. Tribuna COMUNIDAD ESC, OLAR 761.
8. Mapeo Nacional de las Instituciones Educativas Promotoras de la salud. Directiva Nro. 056-MINSA/DGPS – V.01. Implementación del Programa de la Salud en las Instituciones Educativas en el año 2005.
9. Bronfenbrenner U. Ecological research with children and families. From concepts to methodology. New York, 1988. Teachers College, Columbia University.

10. Martínez González R A. "La participación de los padres en el centro escolar: una forma de intervención comunitaria sobre las dificultades escolares". 1992. Departamento de Educación. Área MIDE. Universidad de Oviedo
11. Bronfenbrenner U. Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. 1986. Developmental Psychology.
12. Jiménez A M. Coordinación entre dispositivos de educación y salud mental infanto juvenil. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol. XXV, nº 96, Octubre/Diciembre 2005.
13. Espino Granado J A, Fraile Fraile J C, Mateo Martin I, Moriñigo Domínguez A. Atención primaria y salud mental. Papeles del Psicólogo Nº 10 y Nº11. 1983
14. Organización Panamericana de la Salud / Universidad de Antioquia / Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Hacia un plan Operativo de Salud Mental para Antioquia. 2003.
15. WWW.WFMH.ORG - Federación Mundial para la Salud Mental. Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental.
16. Monge Bolaños G. Redes comunitarias para la prevención de desastres: Una metodología para la participación comunitaria. 2004.
17. Núñez R. Redes Comunitarias en el trabajo con jóvenes vulnerables. Mesa: Desempleo, Redes Sociales y Subjetividad. I Congreso Internacional sobre Salud Mental y derechos Humanos. Universidad Popular de las Madres de Plaza de Mayo. Noviembre 2002.
18. Frizzo K R, Castellá Sarriera J. O Conselho Tutelar e a Rede Social na Infancia. Psicologia USP, 2005, 16 (4).

**PLANES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA
SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL**

DR. ENRIQUE CAMARENA ROBLES

DRA. EMMA SAAD DE JANON

DR. EDGARD BELFORT GARBÁN

DR. JUAN CARLOS MARTÍNEZ AGUAYO

En sentido positivo, la **salud mental** es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo del individuo y la comunidad. La OMS define a la salud mental como: *“un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”*. Por tanto, la salud mental, junto con la salud física y la salud social, constituye uno de los elementos de la salud integral del sujeto (1).

Por otro lado hay que dejar claro que la salud mental es un derecho humano inalienable ligado a los conceptos de ciudadanía, libertad, democracia y solidaridad; en consecuencia requiere un sistema jurídico que la promueva, ampare y defienda de la discriminación, de la exclusión y de la violación de los derechos humanos y requiere de un conjunto de políticas y estrategias que garanticen el desarrollo social e individual (2).

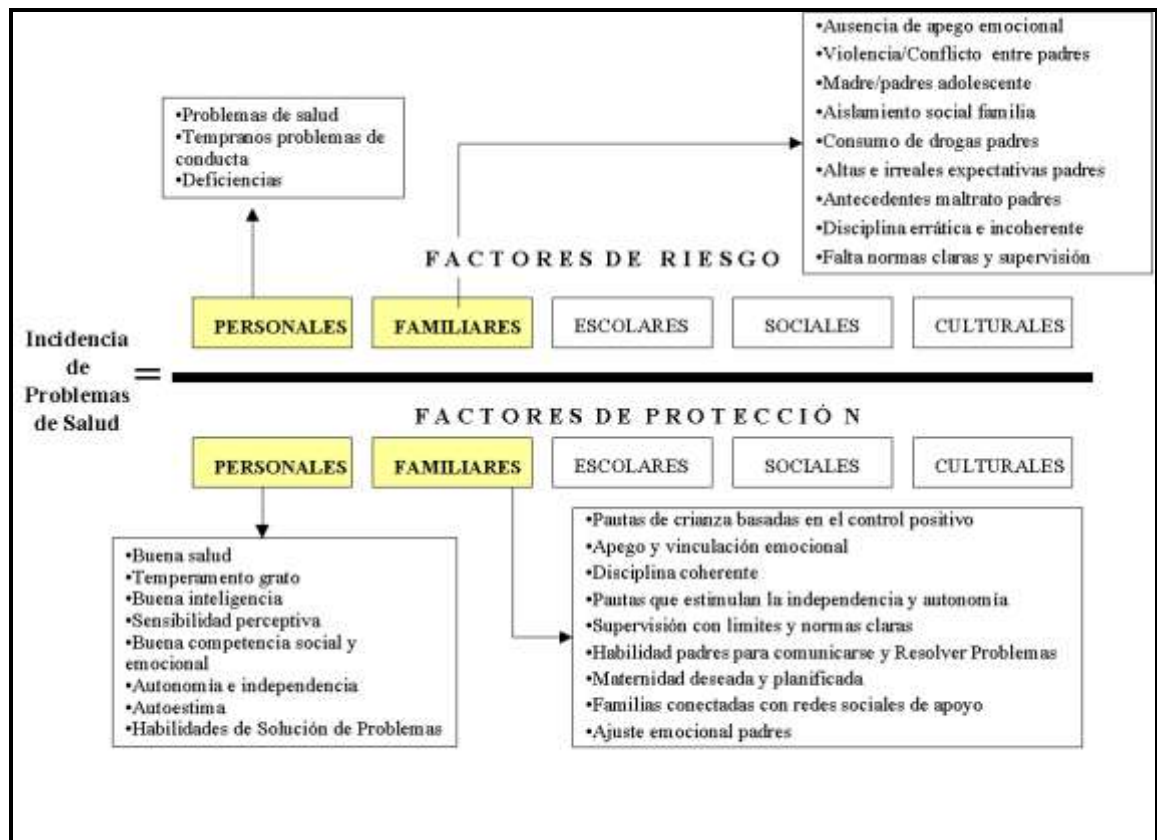
El mundo actual está pasando por una transición social crítica que resitúa el espacio socio-sanitario de la atención de salud a la infancia y la adolescencia y de sus protagonistas. Esta transición social está caracterizada por cambios repentinos, pasando de ser una sociedad dirigida por los mayores a una cultura donde la flexibilidad y la adaptabilidad son esenciales para sobrevivir. Todo ello ha tenido importantes efectos en la familia y en los sistemas de prestación de servicios.

Esto obliga a tener como objetivo un enfoque moderno e integral para trabajar y prestar servicios de salud a la población infanto juvenil.

Las acciones de ayuda socio-sanitarias mejorarían si se lograra determinar específicamente las fuentes de competencia social e identificar la naturaleza de las influencias de protección.

Algunos hallazgos de investigaciones longitudinales (3-5) ayudan a **enfocar el teleobjetivo** de este nuevo modelo al orientarlo hacia aquellas condiciones que explican por qué hay niños que viviendo en condiciones de alto riesgo no sucumben ante la adversidad y resisten. La adaptación hecha por M. Costa del modelo de prevención primaria de Albee (6) (**FIGURA 1**) muestra la relación transaccional que existe entre riesgos (numerador) y los factores de resistencia (denominador) puestos de manifiesto en dichas investigaciones.

FIGURA 1

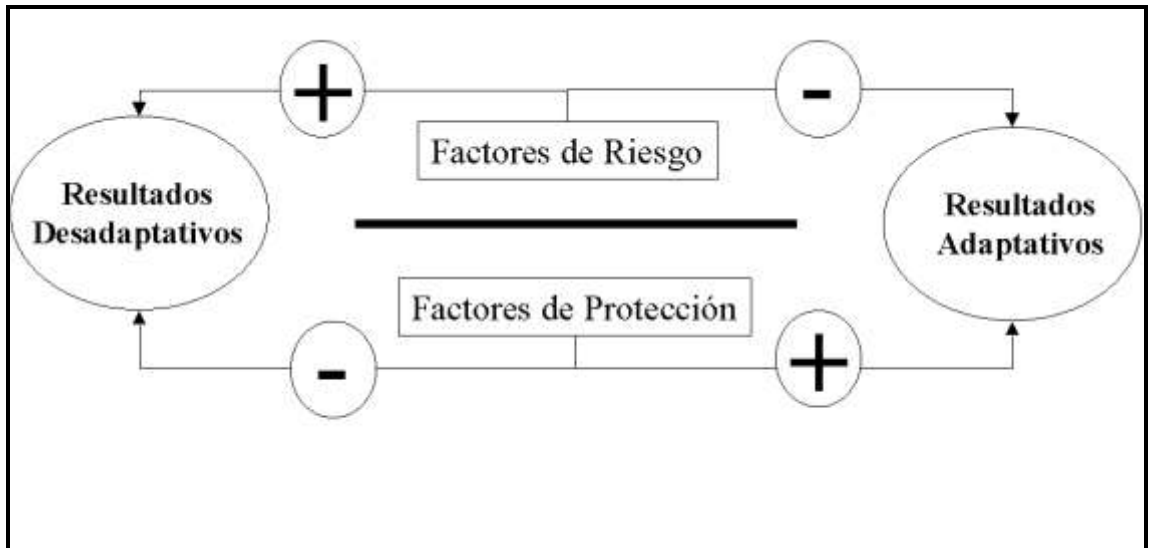


Fuente: Costas, M.

Hay que destacar los factores de protección familiar y personal. Los primeros, porque señalan la dirección de los cambios que se han de proveer para el apoyo a los padres. Estos necesitan saber qué hacer y qué no hacer para facilitar el desarrollo de sus hijos. Los segundos, para conocer el currículo personal que los niños y adolescentes necesitan aprender y facilitar, por tanto, desde los sistemas educativos y de atención.

En la medida en que los factores de riesgo y eventos estresantes tiendan a reducirse o, al menos, se mantengan en niveles suficientes como para ser afrontados con éxito por medio de los recursos o factores de protección, y estos, a su vez, tiendan a crecer, los resultados probables serán **adaptativos**. Por el contrario, los resultados **desadaptativos** ocurrirán como consecuencia de una relación inversa (Ver **FIGURA 2**). La conclusión de esta argumentación es que la potenciación del desarrollo de los niños y adolescentes se verá favorecida en la medida en que se promuevan en la vida de ellos los factores de resistencia y protección.

FIGURA 2



Fuente: Costas, M.

Descubrir los factores de resiliencia de los niños y adolescentes, analizar sus características y promoverlas así como conocer las circunstancias del entorno familiar y social que pueden favorecerlas en cuantas medidas sociales y educativas se planifiquen, es una prioridad del enfoque de potenciación para la prevención y la promoción de la salud mental. Uno de

estos factores es la **competencia social y emocional** que parecen mostrar los niños para desenvolverse con éxito en sus contextos interpersonales significativos y que juega un papel esencial tanto en su desarrollo como en la prevención de la violencia y de muchas prácticas de riesgo (fumar, beber alcohol, conducir a alta velocidad, tener relaciones sexuales sin protección adecuada, etc.). Estas competencias pueden ser adquiridas en la primera infancia y su aprendizaje y entrenamiento es posible y su desarrollo resulta esencial en la mayor parte de los programas orientados a la prevención de conductas de riesgo en los adolescentes (7).

La competencia parental se promueve mejor cuando se genera un clima donde los padres pueden expresar sus dificultades y encuentren sensibilidad o empatía hacia las mismas. En cualquier caso, el entrenamiento de padres se contempla como una modalidad de intervención sumamente relevante para multitud de problemas (8-11).

Por lo que respecta a los programas de entrenamiento en competencias con adolescentes es importante señalar que un predictor de éxito de muchos programas preventivos en el ámbito de la salud es la incorporación de líderes del grupo de iguales como co-monitores

Hay principios básicos que tienen indudables implicaciones para la prestación de servicios:

- Hacer probable el que los niños y adolescentes obtengan resultados cuando desarrollen prácticas alternativas saludables.
- No privarles de la oportunidad de hacer las cosas por sí mismos y que atribuyan los resultados a las acciones que ellos desarrollan.
- La intervención debe ser temprana y cercana. Los niños cuyas primeras respuestas o reacciones obtengan resultados positivos se configuran, **muy tempranamente**, en niños con mayor “resiliencia” y con mayor “invulnerabilidad” frente al estrés y la adversidad. Por el contrario, aquellos niños que no despiertan interés o simpatía en los adultos, tendrán mayor vulnerabilidad. Estas desigualdades tempranas irán condicionando un ulterior desarrollo diferencial, por lo que la provisión de ayuda deberá vincularse a **programas de atención temprana, y cercanos al medio familiar**, para ayudar a corregir estas tempranas desigualdades.

- Los padres desarrollan mejor la competencia parental cuando se les provee de información precisa y actualizada, se les ofrecen alternativas de acción mejor que señalar lo que hacen mal, se les pone en situación de ensayar y percibir resultados a través de simulaciones de las tareas críticas que comporta la función parental, como vimos con anterioridad.

La investigación muestra que el aliento o los mensajes confortantes, el reconocimiento y la información positiva, el elogio, las orientaciones y el apoyo emocional de familiares, amigos y personas significativas (padres, educadores y proveedores de servicios) es un poderoso factor de “resiliencia”.

En este sentido, las medidas sociales tendentes a **reducir las desigualdades y condiciones de pobreza y marginación** y facilitar el acceso a recursos y servicios del entorno vienen a ser también una condición facilitadora de la “resiliencia”.

Recientes estudios (12), parecen señalar la especial dificultad de que determinados sectores sociales puedan cambiar comportamientos y estilos de vida si no se facilita la equidad y se promueven medidas para el acceso a recursos tales como vivienda, empleo, educación, etc.

Por último, el desarrollo del Modelo de Potenciación para la Promoción y Prevención de la Salud Mental en la infancia y la adolescencia requiere cambios significativos (13):

- Promover una cultura que permita facilitar el acceso de recursos no estrictamente sanitarios al tratamiento y prevención de problemas de salud.
- Desarrollar un “**estilo de búsqueda**” en los proveedores de servicios de manera que resulte fácil salir de los despachos y relacionarse con los contextos sociales críticos en la vida de los niños: familia, escuela-instituto, asociaciones comunitarias, etc.
- Promover dispositivos de **atención cercanos**: la visita domiciliaria se contempla como una de las mejores estrategias preventivas en muchas situaciones de riesgo psicosocial.

- Una perspectiva intersectorial y global que integre la acción de salud con los sectores educativo y de los servicios sociales y la colaboración de otras disciplinas y profesiones.
- Una formación profesional vinculada al entrenamiento básico en competencia social y cultural, en habilidades de solución de problemas y que permita un adecuado conocimiento de las necesidades de los niños y adolescentes de diferentes contextos culturales y regionales.

PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

La promoción de la salud mental de los niños y adolescentes involucra acciones que apoyan a esta población a aprender y/o adoptar así como mantener estilos de vida saludable, permitiendo la creación de condiciones de vida y ambientes que apoyen la salud (14)

La promoción de la salud mental implica instancias subjetivas, intersubjetivas, comunitarias y sociales abarcando un amplio espectro de decisiones e intervenciones sujetas a la cultura y condiciones de vida, así como a las políticas y estrategias deliberadamente adoptadas para su implementación.

La propuesta de promoción de la salud mental se encuadra en un paradigma diferente al de la medicina tradicional y representa el pasaje del pensamiento orientado a la enfermedad y la cura hacia el pensamiento orientado a la salud, su constitución, vivencia y desarrollo como un concepto positivo (15).

La promoción de la salud mental infanto juvenil en la comunidad requiere incluir las siguientes orientaciones prioritarias:

- Promover el concepto
- Mejorar las condiciones económicas y sociales en que viven los niños y adolescentes
- Promover el empoderamiento comunitario y la defensa irrestricta de los derechos de los niños y adolescentes
- Asegurar el establecimiento de políticas y servicios de salud mental para este grupo etario y marcos jurídicos que los garanticen

- Implementar programas de promoción de la salud mental para niños y adolescentes desde su concepción, para sus familias, así como para grupos, comunidades o poblaciones infanto juveniles en condiciones vulnerables

La promoción de una vida saludable para niños y adolescentes implica necesariamente la mejora de sus condiciones de vida y salud y requiere la implementación de políticas sociales que mejoren la nutrición, las condiciones de vivienda, el acceso a programas de estimulación temprana y posteriormente a una educación de calidad, la posibilidad de actividades físicas, culturales y recreativas.

El desarrollo de un sistema de salud mental basado en el trabajo mancomunado con la atención primaria y con carácter equitativo y solidario, asegura la provisión a todos los ciudadanos, con especial énfasis en la población infanto juvenil, de cuidados de salud mental preventivos y curativos bajo un marco de seguridad y protección.

Los programas de promoción de la salud mental en niños y adolescentes deben orientarse a (2):

- Promover la *salud mental de la familia* incentivando relaciones estables que favorezcan la pertenencia, el enriquecimiento y la identidad a la vez que provean un marco de apoyo y aprendizaje para afrontar crisis.
- Fortalecer las *redes de apoyo social* y de los vínculos entre familias.
- Apoyar, comprender y desarrollar condiciones óptimas psicosociales en el *embarazo y el alumbramiento* y prestar asistencia y orientación especial a madres y padres adolescentes.
- Promover el máximo grado posible de protección, cuidado y desarrollo psicosocial del *recién nacido y el niño en sus primeros años de vida* que son determinantes de la salud mental futura.
- Generar programas de promoción de la *salud mental en la escuela* estimulando un óptimo desarrollo cultural, la protección y cuidado de los niños, la creación de vínculos solidarios y enriquecedores y el reforzamiento de la participación familiar. La reducción de la

violencia y la promoción del bienestar emocional en la escuela son estrategias centrales, junto con la capacitación del equipo docente en el concepto y promoción de la salud mental.

- Promover la **salud mental de los adolescentes** adoptando medidas que potencien el afecto, establezcan límites, provean oportunidades, aseguren la contención y controlen el abandono (programas de desarrollo de habilidades para la vida).
- Diseñar programas que identifiquen grupos vulnerables y en riesgo dentro de la población infanto juvenil y provean medidas de apoyo. Esto incluye:
- Apoyo a la salud mental de niños y adolescentes **en riesgo en situaciones de desastres naturales y conflictos armados**, mediante intervenciones psicológicas y sociales de soporte y reconstrucción individual y familiar.
- Apoyo psicosocial a **hijos de emigrantes y a niños y adolescentes inmigrantes**, a menores de **comunidades indígenas**, a niños y adolescentes **refugiados y desplazados, de niños que viven en la calle o en institutos de menores o, peor aún, abandonados**.
- Promoción de la salud mental a menores y jóvenes que **consumen sustancias psicoactivas**, así como a aquellos que son **víctimas de la violencia doméstica**.

La promoción de la salud mental en la infancia y adolescencia, cuando logra realizarse, supone al menos cuatro tipos de ventajas (16):

1. Promoción de la salud somática del niño y el adolescente, una prevención de sus problemas de salud somática y una serie de pautas saludables con respecto a su futura relación con los servicios sanitarios.
2. Promoción de su salud mental y una prevención de los problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia.
3. Prevención de los problemas de salud mental de la edad adulta.
4. Promoción de la salud familiar y una prevención de los problemas del sistema familiar.

Las políticas y programas de promoción de la salud mental en la población en general y en niños y adolescentes en especial son relativamente nuevos y diferentes a los programas tradicionales, enfocan los determinantes sociales de la salud mental e implican acciones a nivel gobierno, comunidades, instituciones, grupos, familias y los propios niños y adolescentes.

PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

El concepto de prevención en Salud Mental ha tenido una trayectoria extensa y controvertida (17). Este concepto no fue admitido sino hasta mediados del siglo XX. Pensar en la salud mental desde esta perspectiva implica:

- La aplicación del modelo conceptual de la prevención primaria en psiquiatría.
- La importancia de los factores de riesgo en salud mental.
- La relevancia de la teoría de los aportes psicosociales y socioculturales.

La prevención de los trastornos mentales y emocionales se define como ***“el proceso de la movilización de recursos locales, estatales, nacionales e internacionales para resolver problemas importantes de salud que afectan a las comunidades”*** (2).

Desde su aprobación y divulgación se han generado diversas ideas sobre posibles estrategias para prevenir problemas de conducta, mentales y emocionales, especialmente en las poblaciones más jóvenes: niños y adolescentes, lo que ha sido traducido parcialmente en actividades experimentales realizadas en el marco de la atención primaria de la salud (pediatría), en escuelas y en la salud pública.

Durante los últimos 25 años, el campo de la prevención en salud mental infanto juvenil ha evolucionado vertiginosamente, facilitado por el mejor conocimiento de los factores de riesgo y protección de este grupo etario y de la maleabilidad de estos factores.

Las investigaciones realizadas revelan la evidencia que demuestra que las intervenciones preventivas y la promoción de estilos saludables para preservar la salud mental de los niños y adolescentes pueden reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de algunos trastornos de esta índole

mediante su influencia sobre los factores de riesgo, protección y potenciación de la resiliencia (2). Las intervenciones para prevenir problemas de salud mental en esta franja de población intentan contraatacar los factores de riesgo y reforzar los factores de protección tanto de los niños y adolescentes como de su entorno inmediato, con el fin de coartar los procesos que puedan conducir a problemas mentales. Se deben considerar los factores de riesgo y protección tanto genéricos (comunes a varios trastornos y problemas de salud mental) como específicos (relacionados con el desarrollo de un trastorno determinado). Las intervenciones que influyen exitosamente sobre los factores genéricos pueden originar una amplia gama de efectos preventivos.

En la prevención de la salud mental infanto juvenil, lo óptimo es concentrarse en la prevención primaria, más que en la secundaria o terciaria, ya que de esta forma se consigue mayor efectividad de las acciones preventivas.

Hay que tener claro que la reducción de la incidencia, prevalencia y recurrencia de los trastornos mentales y emocionales en niños y adolescentes y en la población mundial en general sólo es posible mediante la colaboración exitosa entre los múltiples actores involucrados en la investigación e implementación de políticas pública para el efecto, así como el compromiso de los líderes comunitarios y los usuarios directos e indirectos. Para ello es importante tener los siguientes lineamientos:

- Considerar a la prevención de la salud mental de la población en general y de la población infanto juvenil en especial como prioridad de la salud pública.
- Señalar que los trastornos mentales y emocionales tienen múltiples determinantes, por tanto las políticas y los programas preventivos en salud mental infanto juvenil deben abarcar medidas e intervenciones que incidan sobre múltiples factores causales.
- Una prevención efectiva para reducir el riesgo de desarrollar este tipo de trastornos.

- Diseminar ampliamente los programas y políticas de prevención que fuesen exitosas, así como el conocimiento sobre la evidencia de dicha efectividad.
- Aprovechar los recursos disponibles para la prevención en cada país siendo siempre sensible a la cultura e idiosincrasia de cada población.
- Invertir en recursos humanos y financieros para obtener los resultados esperados.
- La protección de los Derechos Humanos y en especial de los Derechos de los Niños y Adolescentes como una condición ineludible para la prevención en salud mental de este grupo etario.

Se distinguen tres categorías de prevención en la población infanto juvenil, al igual que en la comunidad en general: **primaria, secundaria y terciaria.**

Intervenciones de prevención primaria

Estas intervenciones están orientadas a impedir la aparición de trastornos mentales (incidencia). Se dividen a su vez en:

- **Universales:** intervenciones dirigidas a la población de niños y adolescentes en general o a un grupo completo de esta población que no ha sido identificado como de riesgo
- **Selectivas:** medidas encaminadas a proteger grupos o subgrupos de la población infanto juvenil cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental o emocional es significativamente más alto que el promedio debido a factores de riesgo social o psicológico comprobados.
- **Indicadas:** prevención destinada a los niños y adolescentes en alto riesgo, identificados por síntomas o signos mínimos, pero detectables, que pronostican el inicio de un trastorno mental o emocional, o que presentan marcadores biológicos que indican la predisposición para desarrollar dichos trastornos, pero que aún no cumplen con el criterio diagnóstico de enfermedad mental.

Intervenciones de prevención secundaria

Este tipo de prevención intenta disminuir la proporción de casos establecidos de algún trastorno mental o emocional en la población infanto juvenil (prevalencia) a través de la detección y tratamiento tempranos de enfermedades diagnosticables.

Intervenciones de prevención terciaria

Aquí se incluyen las medidas preventivas que reducen la discapacidad, mejoran la rehabilitación y previenen las recaídas y recurrencias de enfermedades mentales en los niños y adolescentes afectados

Considerando como base el modelo ecosistémico se plantean diversas estrategias de prevención de la salud mental infanto juvenil. Dichas estrategias tienen determinadas líneas de acción para alcanzar los objetivos planteados

En lo **macrosistémico** es importante en primera instancia lograr cambios favorables en la legislación, políticas y asignación de recursos que puedan proporcionar a los países y regiones mejoras significativas en la salud mental de sus habitantes en general y de los niños y adolescentes en especial, más allá de tener un impacto positivo en el desarrollo social y económico de las sociedades. Como principales estrategias de prevención en el macrosistema se tiene:

- Mejora de la nutrición y la vivienda
- Mejora del acceso a la estimulación temprana y a programas de educación
- Fortalecimiento de redes comunitarias
- Regulaciones efectivas que prevengan situaciones de riesgo psicosocial

Si consideramos las estrategias de prevención en el **mesosistema** tenemos que referirnos indiscutiblemente a la reducción de los factores de estrés y el aumento de la resiliencia en los niños y adolescentes para que ellos puedan alcanzar niveles de vida emocional y social aceptables. Estas estrategias han demostrado ser efectivas en la mejora de la condición mental y la

prevención de una situación futura de crisis. Dentro de dichas estrategias mesosistémicas se mencionan:

- Promoción de estilos de vida saludable
- Reducción de abuso y/o abandono de menores
- Afrontamiento de enfermedades mentales
- Aumento de la resiliencia y reducción de conductas de riesgo
- Afrontamiento de la desintegración familiar

Finalmente las **microestrategias de prevención** consisten en intervenciones específicas para analizar los programas y políticas efectivas para la prevención de trastornos mentales y emocionales en general y particularmente de determinados problemas (depresión, consumo de sustancias psicoactivas, conductas suicidas, etc.) en los niños y adolescentes.

Para facilitar la implementación efectiva de estas líneas de acción es de vital importancia que se cumplan ciertas condiciones locales, nacionales e internacionales, siendo algunas de ellas (2):

- Desarrollo de políticas nacionales
- Inversión en acciones de prevención en atención primaria y secundaria de salud
- Desarrollo de programas de capacitación para la promoción y prevención de la salud mental
- Creación de una infraestructura de recursos que promueva políticas y programas de prevención sostenibles
- Colaboración efectiva entre las organizaciones internacionales gubernamentales y no gubernamentales.

Para concluir hay que recalcar que la evidencia muestra que es posible prevenir los trastornos mentales y emocionales en niños y adolescentes, logrando reducir el riesgo de que desarrollen problemas de salud mental. Las intervenciones de prevención que se planteen deben cubrir el repertorio completo de la prevención primaria, secundaria y terciaria.

Las actividades de prevención y promoción de la Salud Mental implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el

desarrollo psicológico y psicofisiológico de la población en general y de los menores en especial.

Tanto la promoción como la prevención de la salud mental es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas.

Se deben poner en marcha programas de acción a nivel gubernamental, comunitario, institucional, familiar e individual.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO (2001a). Strengthening mental Health promotion. Geneva, World Health Organization (Fact sheet, N° 220).
2. OPS/OMS. Salud Mental en la Comunidad. 2da Edición. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud N°49. Washington, D.C., 2009, pp. 167-195.
3. Murphy LB y Moriarty AE: Vulnerability, coping and growth. New Haven: Yale University Press, 1976
4. Rutter M: Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. En Kent MW y Rolf JE, eds. Primary Prevention of Psychopathology. Vol III: "Social Competence in Children". Hanover/New Hampshire: University Press of New England, 1979
5. Werner EE. Vulnerability and Resiliency in Children at Risk for Delinquency: A Longitudinal Study from Birth to Young Adulthood. En: Burchard JD y S.N. Burchard SN, eds. Prevention of Delinquent Behavior. Newbury Park: Sage, 1987.
6. Albee, GW: A Competency Model to Replace the Defect Model. En: Gibbs MS, Lachenmeyer JR y Sigal J, Eds, Community Psychology. New York: Gardner Press 1980: 213-238.
7. Albee GW y Gullota Th P: Primary Prevention Works. London: SAGE, 1997.
8. Beléndez M, Ros C, Bermejo R M: Diabetes infantil. Guía para padres, educadores y adolescentes. Madrid: Pirámide, 1999

9. Kazdin A y Buena-Casal G: Conducta antisocial. Madrid: Pirámide, 1994
10. Larroy C. y de la Puente ML: El niño desobediente. Madrid: Pirámide.
11. Arranz P, Costa M, Bayés R, Magallón M y Hernández F: El apoyo emocional en Hemofilia. Madrid: Real Fundación Victoria Eugenia, 1996
12. Caines, E, Costas, J.M. et al. Reformas sanitarias y equidad. Madrid: Fundación Argentaria, 1997.
13. Costas M. Modelo de potenciación en la prestación de servicios. En http://www.comtf.es-pediatria-congreso_aep_2000-Ponencias-htm M_Cost3_gif.htm
14. OMS (2004) Promoción de la Salud mental: Conceptos, evidencia emergente, práctica – Informe Compendiado. OMS, Ginebra. Traducción al español y reproducción por la Unidad de Salud Mental y Programas Especiales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Panamá.
15. Malvárez S (002). Promoción de la Salud Mental – Bases teóricas y estratégicas. III congreso virtual de Psiquiatría. Interpsiquis: 2Psiquiatría. Interpsiquis. www.interpsiquis.com2Psiquiatría. Interpsiquis. www.interpsiquis.com
16. Tizón JL. Prevención e intervención en la Salud Mental de la Primera Infancia en los Dispositivos de Atención Primaria. Texto aproximado de la intervención en el Taller 25 (“Prevention and Intervention in Early Childhood Mental Health from Primary Care Settings”) del 7º Congreso de la World Association for Infant Mental Health (WAIMH) en Montreal (Canadá), julio del 2000: “Prevention and Intervention from Primary Care Settings for Early Childhood: A general outlook”.
17. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado. OMS, Ginebra.

Sección VII

**ASPECTOS JURÍDICOS DE
LOS NIÑOS Y
ADOLESCENTES**



*Los niños y jóvenes necesitan más de
modelos que de críticos*

Joseph Joubert

**NIÑOS Y ADOLESCENTES INFRACTORES
MANEJO PSICOLÓGICO**

LIC. FERNANDO OSORIO

Es fundamental efectuar un diagnóstico certero cuando se consulta por un niño o joven perturbador, negativista o desafiante. Un modo de descifrar mejor lo que ocurre con estos cuadros modernos vinculados a conductas de transgresión, es localizar, históricamente, un Trastorno de Ansiedad de inicio temprano que, seguramente, no fue atendido clínicamente y que deriva de un cuadro de Negligencia parental durante la Infancia.

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

El Trastorno Negativista Desafiante es un patrón de comportamiento reiterado y persistente que desarrollan algunos niños y jóvenes (hasta los 18 años) durante por lo menos 6 meses. Se trata de una conducta que responde a parámetros que se reiteran y que tienen como eje central el deterioro vincular entre el niño o joven y su familia. Este comportamiento puede hacerse generalizado hacia el entorno social incluyendo familia extensa, amigos, compañeros de estudio y otros adultos que intervienen en ese medio. Según la descripción del DSM IV¹³, para poder definir la conducta de un niño o joven dentro de este parámetro diagnóstico (no se considera esta nominación como un diagnóstico de estructura psicótica) deben poder ubicarse por lo menos cuatro de los siguientes comportamientos: *a menudo se encoleriza e incurre en pataletas; discute con adultos; desafía*

¹³ DSM IV. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (American Psychiatric Association). Buenos Aires. 2002.

activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus obligaciones; molesta deliberadamente a otras personas; acusa a otros de sus errores o mal comportamiento; es susceptible o fácilmente molestado por otros; es colérico, resentido, rencoroso o vengativo.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE UN TND

Para diagnosticar un **Trastorno Negativista Desafiante** se sugiere localizar, históricamente, un **Trastorno de Ansiedad Generalizado** -no especificado-, que no fue atendido clínicamente durante su desarrollo (especialmente durante los primeros cinco años de vida) y que deriva de un cuadro de **Negligencia de la Infancia**. Según investigaciones recientes¹⁴ el 75% de los pacientes atendidos entre 2005 y 2008 - P.400 con diagnóstico de Trastorno Negativista Desafiante (F91.3) han tenido históricamente, como primera manifestación, un Trastorno de la Ansiedad Generalizado (F41.1), no tratado (ver apartado 6 de este artículo) como producto de una desatención parental encuadrada como Negligencia de la Infancia (T 74.0).

EL TND ESTÁ VINCULADO A UN TAG POR NEGLIGENCIA DE LA INFANCIA

La clínica actual, en el área infanto-juvenil recibe muchos sujetos adultos (padres) que atraviesan y padecen una crisis posmoderna, de valores y de normativas, que atenta contra la función parental de cuidado y preservación de la vida de los hijos. Incluimos esta conducta adulta dentro de los parámetros del cuadro Negligencia de la Infancia (T74.0). Se considera que esta declinación de la función parental es el resultado de un proceso socio-histórico que atentó contra la subjetividad de aquellos que hoy conforman las tres generaciones de padres contemporáneos (Grupos Etáreos: 25-35/35-45/45-55). Por esa razón se propone observar los modos de producción de los *trastornos individuales*, psicopatológicos, bajo la influencia de los modos de producción histórica, de los *conflictos sociales*. La clínica con niños y adolescentes demuestra que la caída o declinación de la función parental y de la referencia adulta de autoridad provoca, en los niños,

¹⁴ Investigación Seminario Permanente Violencia en las Escuelas –2004/2009- Facultad de Derecho UBA. Director Lic. Fernando Osorio.

significativos montos de ansiedad -no especificada- que derivan en conductas desadaptadas, procesos de angustia, inhibiciones o síntomas tales como: trastornos fóbicos, trastornos alimentarios, problemas en el control esfinteriano, trastornos del sueño, irritabilidad, impulsividad, comportamientos inadecuados y antisociales, baja en el rendimiento académico, problemas de aprendizaje y alteraciones en la atención (otros). Posteriormente, en la pubertad y en la adolescencia, muchos de estos cuadros psicopatológicos infantiles, ni detectados ni atendidos, mutan hacia un Trastorno negativista desafiante; generando **niños y jóvenes infractores**.

LA NEGLIGENCIA PARENTAL DE LA INFANCIA PROVOCA UNA EXCESIVA Y RIESGOSA “AUTONOMÍA ANTICIPADA” EN LOS NIÑOS

Esta inoperancia e impotencia parental provoca un evidente borramiento de ciertos límites normativos individuales y sociales; provoca la desaparición de la noción de “transición” como puente de la niñez a la adultez; pone en riesgo a los niños por la autonomía anticipada que adquieren sin tener los recursos suficientes para soportarla. En muchos casos esta autonomía anticipada encubre una actitud parental que pretende desentenderse de los hijos. La “autonomía anticipada” es la práctica y el desarrollo de acciones, para las que el niño o el joven no están preparados y no cuenta con los recursos suficientes para asumirla con responsabilidad. Esta anticipación termina siendo traumática. La autonomía anticipada involucra los siguientes temas, de la vida del niño o joven: -la sexualidad; -el dinero; -el trabajo; -la independencia; -la posesión de objetos; -el proyecto académico; -la toma de decisiones; -la salida de la casa natal, adquiridos antes del tiempo en el que van estar efectivamente preparados para responsabilizarse de ellos. La sensación de no saber ya qué hacer con los hijos está llevando a los adultos a naturalizar ciertas prácticas de trasgresión. Se va instalando de a poco que la democracia dentro de la familia tiene que brindar la oportunidad, a los niños y a los jóvenes, de opinar acerca del modo que deben adoptar los padres para poner límites. Esta creencia también incluye una clasificación, implícita en los hijos, sobre qué acciones deberán o no recibir algún tipo de represión. Los adultos modernos transmiten a los jóvenes, de hoy, que están

dadas las condiciones para que se pueda opinar sobre todos los temas que involucran la vida familiar. La familia moderna tiende a “fraternalizar” sus vínculos en detrimento del sostenimiento de la autoridad parental; tan necesaria para no dejar a la deriva a los hijos. No hay una cabal comprensión, desde el mundo adulto, que cuando los padres se hacen amigos de sus hijos los dejan huérfanos.

LA CONSULTA CLÍNICA

Resulta necesario revisar cuadros clínicos que se presentan en la primera infancia, como anticipación a la producción de un TNG, ya sea contemporáneamente, en la pubertad o adolescencia; con la intención de revisar y ajustar criterios de observación y escucha en la detección y en la intervención temprana de dichos cuadros. Esta articulación se intenta pensar en relación con el lugar que un hijo ocupa en la fantasmática parental (objeto de deseo, objeto de amor u objeto de goce¹⁵) y con la propia posición de los padres en la asunción del rol parental; la consulta clínica por sus hijos los muestra imaginariamente en lugares alternantes entre la impotencia y la omnipotencia. Consideramos que esta posición imaginaria también debe ser tenida en cuenta a la hora de intervenir ya que no sólo se interviene desde lo simbólico. Lo real y lo imaginario son registros sobre los que también se puede intervenir con eficacia y ética. Se transita una época en la que lo Real golpea, por lo tanto las intervenciones clínicas no pueden cancelarlo. Es inevitable el encuentro con lo Real de los pacientes y muchas veces “dejar que se manifieste su verdad” puede ser el inicio de una gran revelación para una futura intervención clínica.

¹⁵ Se sugiere la lectura del texto: Fernando Osorio. *Qué función cumplen los padres de un niño. Perspectivas psicológicas y modelos vinculares*. Noveduc libros. Buenos Aires 2008 y 2da Edición 2009.

CUADROS CLÍNICOS DE CONSULTA HABITUAL QUE, AL NO SER ATENDIDOS CUÁNDO SE MANIFIESTAN, PUEDEN PROVOCAR UN TNG

- ✓ *Sujetos desatentos e inquietos* (desórdenes, intencionalmente, denominados síndromes atencionales con o sin hiperkinesia). Sobre los que es necesario desterrar que se produce por un posible estado de sobreprotección materno o por la falta de atención y hacer hincapié en la falta de codificación que se produce entre la madre y su hijo durante la constitución subjetiva. Este desorden atencional puede ser pensado como la consecuencia de una falla en la constitución subjetiva.
- ✓ *Sujetos con problemas en el control de los esfínteres* (enuresis y encopresis sin etiología orgánico-metabólica). Una vez que se ha descartado una posible enfermedad médica que provoque este cuadro de desorden esfinteriano, en el caso de la encopresis por tratarse de una reversión de la pulsión, se considera que el sujeto no puede ubicarse en otro lugar más que como desecho. Para el sujeto este es el único lugar posible; la agresividad que recibe del entorno se manifiesta en su cuerpo (sea por actitudes de sometimiento al mundo adulto e incluso, en algunos casos, como la manifestación de un posible abuso sexual infantil). Existe, al menos, como un desecho. En el caso de la enuresis, ningún sujeto puede “controlar” sus esfínteres si no logra ejercer algún “mínimo control”, o producir una modificación, sobre el campo de acción parental. Su “descontrol” es una respuesta al entorno que pretende “controlarlo” todo.
- ✓ *Sujetos usuarios o abusadores de sustancias* (consumos infantiles y consumos y adicción en pubertad y adolescencia). En el caso de consumos infantiles (antes de los cinco años de edad) pueden ser pensados como un intento de desafío a la autoridad parental o como un consumo para aliviar estados de ansiedad. En el caso de la pubertad y la adolescencia, pueden ser pensados como un modo de transgresión a la autoridad parental; como un modo de pertenencia social; como un modo de transitar su vida anestesiado sin quedar

“atrapado” en el deseo parental. (La utilización del tóxico no es más que un intento de “sustraerse” a ese deseo; aunque para eso deba “anestesiarse”.)

- ✓ *Sujetos con problemas de comportamiento* (alteración temprana del comportamiento social, no psicótico). Ningún sujeto puede regular sus “impulsos de transgresión” si no recibe primariamente, de parte del adulto responsable, un freno contundente que “postergue o anule” su necesidad de satisfacción inmediata”.

- ✓ *Sujetos con conductas fóbicas* (conductas tempranas de evitación). En muchos casos de fobia infantil, las conductas de evitación (o sutiles *gestos protectores*, que no constituyen un ritual obsesivo) funcionan como límites autoimpuestos ante la negligencia de los padres; a la hora de regular la conducta impulsiva de sus hijos. La conducta de evitación preserva al sujeto infantil de una transgresión posible de ejercer

LA VIOLENCIA SOCIAL DENTRO DE LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS

Los episodios de violencia dentro de las escuelas no pueden ser considerados como hechos aislados, ya que hay una escalada en proporción geométrica cada año y que el mundo adulto tiene que hacerse cargo y encontrar nuevas respuestas para lo que está pasando con la violencia social que irrumpe en los establecimientos escolares. Los episodios de violencia dentro de las escuelas no se pueden explicar sólo desde una perspectiva social o sólo desde una perspectiva individual-familiar. Las familias siempre han tenido y tienen conflictos, problemas vinculares y episodios de trasgresión de parte de los hijos y también de los padres. Y muchas veces también entran en crisis por problemas internos. Estas crisis se transitan muy mal cuando el entorno social no tiene buenas respuestas para resolver esos conflictos. La familia estalla cuando lo cotidiano se transforma en descontrol y no logra encontrar ni estrategias propias ni organizaciones sociales que las ayuden. Este descontrol no se limita a familias de

determinados recursos económicos o culturales. En Latinoamérica, muchas familias padecen la falta de seguridad, los efectos del deterioro de la educación, el descrédito de la palabra del adulto y esto se vuelve en contra a la hora de poner límites a los hijos o de resolver los conflictos internos. Muchos gobiernos democráticos modernos se desentienden de la aplicación de políticas públicas para la contención de las familias; perdiendo la consideración nominativa de “célula de la sociedad”. Por esa razón hay que apuntalar a los docentes y también a las familias. La escalada que toma la violencia social que irrumpe en los establecimientos escolares obliga a revisar algunos temas; por ejemplo los sistemas disciplinarios escolares. Está claro y es evidente que debe superar al viejo sistema de amonestaciones del siglo pasado. Pero es necesario que dé mejores respuestas que las que dan los actuales y endeble acuerdos de convivencia institucional y grupal. Las tutorías en la escuela secundaria y las asambleas de consejos de aula en la escuela primaria debieran ser herramientas eficaces para abordar los conflictos. Estas estrategias, tutorías y consejos, deben contar con profesionales capacitados para esa tarea específica y no ser meras figuras formales en un organigrama. Los tutores debieran ser profesionales de la salud o la educación especializados en temas de dinámica grupal, que se ocupen sólo de esa tarea y que la misma esté integrada a lo curricular de la semana, de tal modo que los alumnos tengan un contacto permanente con el tutor y no sólo para quejarse o lamentarse de vez en cuando. Y en el caso de las asambleas de los consejos de aula, los equipos directivos deben autorizar y sostener una frecuencia estable y no dejar que los alumnos se reúnan sólo cuando hay conflictos. Esta es la única manera de hacer prevención. Las estrategias deben ser cotidianas para que sean eficaces. Las tutorías y las asambleas de consejos de aula, bien entendidas y con una capacitación permanente pueden transformarse en respuestas eficaces para tratar la violencia y la agresión dentro de la escuela. La revisión del sistema disciplinario tendrá que tener en cuenta, también, la posibilidad de que un niño o joven no deba permanecer en el mismo establecimiento luego de cometer algún acto de transgresión grave. Educar también implica algún tipo de sanción ante la infracción o el incumplimiento de una normativa institucional. Y esto debe estar claro para

los niños y para los jóvenes desde muy temprano. Si no, los estamos educando en un engaño. No se trata de abandonar ni de expulsar alumnos del sistema educativo. El sistema tendrá que crear establecimientos apropiados para contener a este tipo de alumnos que no pueden transitar por un proceso educativo regular; ya sea por características propias, familiares o sociales. Las escuelas deben contar, también, con equipos técnicos propios que trabajen dentro de la escuela y que conozcan la singularidad de esa comunidad; desde afuera no siempre se puede opinar y menos intervenir. Estos equipos no deben existir sólo para el asesoramiento pedagógico del docente sino para la intervención directa en áreas de conflictividad social; con alumnos, docentes y padres. Estos mismos equipos técnicos pertenecientes a la escuela y con el conocimiento de las particularidades de esa comunidad específica pueden trabajar regularmente con las familias que presenten algún tipo de problemática, de modo más sistemático. Es fundamental brindarles espacios de formación y asesoramiento a los padres; para ayudarlos a detectar, tempranamente, indicadores en la conducta de sus hijos que permitan vislumbrar una futura conducta transgresora. Porque los niños y jóvenes reproducen, en las escuelas, los niveles de transgresión que se producen en las familias. Si los padres hablan mal del docente no se puede pretender que el niño o joven hable bien. Del mismo modo cuando los docentes creen que toda la culpa la tienen los padres ponen el acento en algo que, luego, se les volverá en contra; porque pierden el apoyo de los padres en la tarea de educar.

EFFECTOS Y REPRESENTACIÓN DE LO SOCIAL EN LA SUBJETIVIDAD

¿Qué grado de responsabilidad tiene la escuela y la familia para dejar que el estigma de la transgresión se instale o para disolverlo? La Escuela y la Familia ejercen un tipo de control social que imprime en los niños y en los jóvenes la cultura dominante de una población. Este control lo ejercen a través de la transmisión de un proceso de enseñanza, y del legado de valores morales y éticos, socialmente establecidos. En el proceso de enseñanza se ejerce un grado de violencia, necesaria, para poder imponer determinado modelo cultural a las nuevas generaciones. Pero este grado de violencia, no

elaborado, puede llegar a estigmatizar y excluir socialmente. Esto es lo que se conoce como el ejercicio de la violencia institucional. La Escuela tiene que definir qué postura adopta frente a las nuevas presentaciones de la violencia social, porque la violencia escolar está atravesada por la violencia social y se confunden, habitualmente, en una representación estereotipada. Esto produce **a)** estigmatización y exclusión sobre una población que concurre ya destituida; **b)** falta de perspectiva y de proyectos de vida; **c)** ausencia de movilidad social; **d)** escasa posibilidad de sobrevivida de los más débiles (violencia social). Sin renunciar a su función de transmisora de una cultura, la organización escolar puede comenzar a trabajar y a preguntarse por estos niveles de violencia que ejerce sobre el conjunto de su población (violencia escolar). Y generar modificaciones tendientes al establecimiento, definitivo, de un orden democrático. ¿Cuáles son las “nuevas presentaciones” de la violencia social que irrumpen en las escuelas?

- 1) violencia callejera extrema;
- 2) uso y abuso de tóxicos,
- 3) portación de armas;
- 4) abuso sexual;
- 5) maltrato físico y psíquico,
- 5) embarazo adolescente;
- 6) Abandono material y moral;
- 7) prácticas autodestructivas y de autoflagelación;
- 8) enfrentamientos con la policía;
- 9) cortes de calles;
- 10) sentadas y tomas de colegios;
- 11) escraches a las autoridades;
- 12) rotura de mobiliario;
- 13) pintadas en los muros;
- 14) Enfrentamientos agresivos físicos y verbales entre compañeros con los docentes;
- 15) desocupación o subocupación;
- 16) trabajo infantil;
- 17) tráfico de niños;
- 18) prostitución infantil;
- 19) discriminación y exclusión;
- 20) pobreza e indigencia extrema;
- 22) desnutrición;
- 23) subalimentación y
- 24) alteraciones psicopatológicas.

CONECTADOS, PERO INCOMUNICADOS EN LA ERA DIGITAL

Los niños y jóvenes de la era digital están, sin ningún lugar a dudas, conectados. Pero esto no implica necesariamente estar comunicados y mucho menos ser amigos. Sin entrar en un debate filosófico acerca de lo que significa lo amistad, no cabe duda que este nuevo vínculo no cumple con el requisito más básico: *a un amigo se lo conoce personalmente y con él se comparten códigos, experiencias e historia común*. No obstante, este requerimiento no impide que irrumpen en la casilla de correo de los actuales cibernautas, o en el sistema personal *MSN* (Messenger) de cada uno,

mensajes o alertas que invitan a unos y otros a sumarse como “amigos” a una cadena que responde sólo a una lógica acumulativa. En el niño y en el adolescente, usuarios, se produce una suerte de acumulación de contactos que hace las veces de juego cibernético en el cual lo que importa es acumular créditos, vidas o dinero. En este caso lo que importa es acumular amigos. En la consulta clínica, se suele escuchar a niños y jóvenes quejarse que *tienen pocos contactos* y que otros tienen *más de dos mil amigos*. ¡Dos mil amigos! Y otros tantos se jactan de estar en la lista del “*Top Ten*”, porque han acumulado más de cinco mil amigos. Y así sigue. Miles de contactos entre seres completamente anónimos que hablan como si se conocieran de toda la vida. Y obviamente otros tantos de miles de contactos, a los que nunca se llegan siquiera a revisar quiénes son y con quienes nunca se logra entrar en contacto, simplemente, porque el día tiene una cantidad acotada de horas y ese plan sería imposible. Por lo tanto ya no importa, para muchos jóvenes, si tienen algún vínculo con tal o cual que los ha invitado a sumarse como “amigos”. Lo que importa es hacer ostentación de la acumulación. Evidentemente la lógica de acumulación capitalista que se ha impulsado, mucho más fuertemente a partir de la era de la globalización cultural y política-económica, se impone en las vidas cotidianas de cada ser humano. Entonces ahora hasta se pueden acumular contactos virtuales, en calidad de amigos, que dan status a quién los posee. ¿Son los niños o los jóvenes, responsables del uso o del abuso que hacen de los medios masivos de comunicación? Resulta necesario reflexionar sobre este asunto con el objetivo de volver a reposicionar la responsabilidad adulta en el lugar que le corresponde. Está claro que las máquinas no tienen -al menos por ahora- la capacidad de sugestionar a un humano sin la ayuda de otro humano que la programe para eso. Y también queda claro que es responsabilidad del adulto, que se ocupa de la crianza o tan sólo del cuidado del niño, para que este tenga un acceso casi ilimitado a la máquina, de tal manera que esa influencia pudiera ser mortífera para ese niño. Los valores sobre la amistad, el afecto y el conocimiento entre las personas surgen de un modelo de vida transmitido a los niños en la relación con los adultos responsables de la crianza. En este caso los medios masivos de comunicación estimulan un consumo que debe ser regulado y mediatizado

por los adultos responsables, ya que la conducta de un niño o un joven no responde linealmente al estímulo que ofrece la utilización de la Internet. No es lógico pensarlo en términos de causa – efecto. Un sujeto usuario de Internet se vuelve un abusador, o un adicto, de la tecnología por ejemplo, por una necesidad propia de aplacar algún proceso de ansiedad, pero además por el abandono parental sobre ciertos temas o la negligencia del adulto responsable que no puede o no se anima a decir: no! No es el contenido de la Web lo que determina ni modela la futura conducta de un joven que navega en ella. Lo que modela la conducta de un niño o un joven es el contexto social y familiar; y es en ese contexto, positivo o negativo, en el que se desarrolla esa exploración. Los modos de navega por la internet están modelados según las particularidades del usuario y no al revés. Por esa razón es necesario generar acuerdos familiares en la utilización de la tecnología, que se tiene disponible, para hacerla positiva y productiva. Es fundamental cuidar y preservar a los niños y a los jóvenes del acceso a contenidos inconvenientes para su vida y su desarrollo como sujetos sanos, explicando los riesgos a los que se exponen. La creación de un *código familiar de acuerdos* y de un *código normativo* para el aula es una herramienta fundamental para la prevención de situaciones traumáticas o de la utilización deformada de este recurso tecnológico. Siendo necesario recordar que ningún código normativo puede reemplazar el acompañamiento y la palabra de docentes y padres a la hora de tener que limitar una utilización no conveniente de este recurso tecnológico. La utilización que hacen los niños y los adolescentes de un recurso comunicacional como es la Red de Internet, ha impuesto y modificado costumbres, modos de vincularse, lenguajes, ha alterado nociones como la amistad, el amor, el saber, por esa razón.

LA REGULACIÓN PARENTAL DE LA CONDUCTA IMPULSIVA DE SATISFACCIÓN INMEDIATA

“Límite” es una acción directa que recibe un sujeto niño o adolescente de parte de un adulto responsable de su crianza, y necesariamente significativo en el rol de autoridad, que tiende a poner un freno, un coto a la necesidad de satisfacción inmediata que demanda ese sujeto. Esta acción tiene la

característica de no ser siempre consciente; algo subjetivo del rol se juega en el adulto que lo ejerce y lo desarrolla espontáneamente. En algunos casos no puede dejar de hacerlo. No hacerlo, no sentirlo es algo disfuncional para el rol parental. El freno que pone un padre a un hijo, desbordado e ilimitado en sus acciones, debiera ser casi “natural”, no es algo que se debiera pensar demasiado. Cuando se piensa demasiado pierde eficacia y se pone en evidencia una carencia en el adulto. La puesta de límites o freno a las conductas impulsivas de los niños y de los adolescentes permiten que estos sujetos, en los tiempos de la infancia, internalicen dos estructuras fundamentales para su vida: el sentimiento de culpabilidad (que los limita en la puesta en acto de acciones graves o conductas transgresoras) y la conciencia moral (que delimita lo que está bien o mal para la sociedad y la cultura en la que, ese sujeto infantil, desarrolla su vida). Es importante señalar que los padres desarrollan durante la crianza de sus hijos procesos de angustia vinculados a su propia historia paterno-filial. En muchos padres se produce un proceso de identificación con los hijos que hace que en lugar de vivir la puesta de límites como una acción que posibilita una vida más armónica para los hijos, viven la puesta de límites como una acción eminentemente represiva y arbitraria. En otros casos se trata de padres negligentes, muy ocupados de sus propios asuntos, que viven la crianza de los hijos como una carga que no quieren asumir. También están los padres que atraviesan procesos psicopatológicos que vivencian la crianza como algo persecutorio y su rol está absolutamente tergiversado y en muchos casos tienen una posición más de hijos que de padres. El sistema educativo es por excelencia el ámbito en el que se van a desarrollar claramente los modos en los que un niño o joven haya internalizado las dos estructuras: conciencia moral y sentimiento de culpabilidad, y se desplegarán de acuerdo a los modos en los que ese niño o joven haya lidiado con el deseo parental (deseo en tanto lo que los adultos esperan del niño, el “*qué me quiere*” freudiano). La escuela refuerza, en la imposición de las normas, este armazón psíquica; de allí la necesidad de revalorizar la función normativa y de autoridad de la escuela y de los maestros. Que un niño, en edad escolar, aún no haya internalizado las normas de convivencia produce niveles de ansiedad y angustia desmedidos. Este montante de angustia, no elaborado ni

procesado, es muy profundo ya que el niño no comprende las acciones represivas que se le imponen desde lo social porque no ha vivido esto desde el entorno familiar. El psiquismo se defiende de la angustia que se acumula como tensión interna produciendo procesos sintomáticos en el cuerpo o estados de inhibición de las acciones; sobre todo las sociales. Allí se gesta toda la gama de psicopatologías que padecerá el sujeto a lo largo de su vida. Los modos en lo que aprende un niño a lidiar con las normativas y con los límites parentales serán los modos en los que soportará o reaccionará ante las frustraciones que la vida le vaya proponiendo en cada oportunidad. También se gestan en esta época diversas modalidades de uso y abuso de diferentes consumos. Desde el abuso de golosinas en niños pequeños, que puede ser para aliviar angustia y ansiedad, hasta los consumos adolescentes de sustancias tóxicas que lo anestesian frente a una vida tediosa y compleja. Poner límites, decir “no” de manera firme, como señalaba más arriba, puede angustiar a quienes ejercen la función parental por los procesos de identificación. Esos procesos tienen que ver con las configuraciones vinculares de la pareja parental en la que, a veces, no queda claro cuál es el rol de cada uno de los adultos del entorno. En algunas oportunidades hay carencia de padres y en el hogar son todos niños o hijos. También es verdad que dado que la degradación de la palabra adulta comienza entre los adultos, los hijos lo toman posteriormente y ya no confían en lo que se les dice. Cuando aparece el no, este imperativo categórico aparece o se despliega en un contexto de desconfianza que hace que los hijos no lo tomen en cuenta. Este circuito hace que los padres experimenten que su no, carece de fuerza obviando que son responsables de esa debilidad.

MERCANTILISMO COMO VÍNCULO PATERNO-FILIAL EN LA CRIANZA

Es importante destacar que no es el consumo lo que genera descontrol sino el exceso. Se vive en la actualidad en una sociedad de consumo en el que los ciudadanos se han transformado en consumidores. La categoría de consumidores o usuarios es el nuevo perfil de los sujetos que pertenecen a una comunidad. La sociedad de consumo hace una oferta ilimitada de objetos, bienes y servicios con la promesa falaz de felicidad y satisfacción.

Dado que este es un enunciado muy seductor genera, en el sujeto posmoderno que en la actualidad se siente insatisfecho abúlico y deprimido, una esperanza ficticia. Los niños y los adolescentes se lanzan desenfrenados a consumir todo cuanto crean que los sacará de lo tedioso de la vida cotidiana. Muchos padres alimentan esta esperanza de satisfacción y felicidad comprando todo aquello que ofrece la oferta del mercado y esto se presenta ante los hijos como un mensaje y como un aprendizaje. Esta enseñanza es muy difícil de revertir y cuando un padre intenta modificar el mensaje del “todo vale” los hijos no lo aceptan y se ponen negativistas y desafiantes. Es necesario advertir a los padres acerca del peligro de mercantilizar el vínculo paterno-filial cuando negocian con sus hijos premios y castigos por su comportamiento, por su rendimiento escolar, por el cumplimiento de responsabilidades propias de los hijos, y por otras cuestiones. Los hijos ingresan en una lógica mercantilista con los padres. Todo es a cambio de algún objeto, algún bien o algún servicio. Este mensaje es un aprendizaje para ellos que luego es muy difícil de revertir.

La falta de certeza y de reglas claras, en el mundo adulto actual, produce una degradación concreta de la noción de autoridad y un fomento de la igualación social. Desaparece la palabra del adulto experimentado y autorizado por su vida y su saber y las disimetrías propias de las relaciones sociales tiende a desaparecer. Si somos todos iguales nadie puede enseñar nada a nadie ni la experiencia de unos sirve para los otros que se están formando, como es el caso de los hijos y los alumnos. Esto atenta directamente contra el rol adulto de padres y maestros.

CONFLICTOS ENTRE FAMILIA Y ESCUELA

La problemática entre escuela y familia, entre padres y maestros se ve, fundamentalmente, en la delegación que pretenden muchos padres cuando esperan que la escuela críe a sus hijos. Hay una pretensión moderna de esperar que la escuela y los maestros hagan lo que ellos no pueden, o no quieren. Frenar a los hijos en su avance trasgresor es una tarea irrenunciable de los padres. Si esto no se produce primero en el hogar la escuela no puede hacer nada. La escuela no es una suplencia social, en todo caso es un complemento de la función paterna. En la actualidad la autoridad está del

lado de la sociedad de consumo, de la oferta y la demanda. Hoy tiene autoridad el que más tiene no el que más sabe o el que más ha vivido para transmitir experiencia. La autoridad debe entenderse como lo que habilita al otro (niño o joven) armónicamente en su hacer y decir posibilitándole vincular el espacio de experiencia acumulado en el pasado, desarrollarlo en el presente, y fundar un horizonte de expectativa sobre el futuro. Al estar tergiversada la noción de autoridad y al vincularla a un conservadurismo nostálgico o a una acción autoritaria, la consecuencia es un conflicto social muy significativo ya que esto produce el pasaje hacia la anarquía. Los adultos confunden esta noción sin poder hacer algo productivo. Y dada la delegación de que hablamos más arriba luego ya no se sabe a quién reclamar o qué esperar unos de los otros. Es habitual escuchar que los padres no pongan límites porque se sienten solos en su rol parental, temen quedar como los únicos que toman este tipo de decisiones ante el resto de los padres de compañeros de sus hijos. También temen frustrar a los hijos y generarles un estado traumático. En algunos casos hay padres que temen que los hijos se alejen o dejen de quererlos o confiar en ellos. No advierten que justamente todo eso es exactamente al revés. Los hijos se alejan cuando los padres no ponen límites, cuando no frenan impulsos, cuando dejan de decir no. Dado que estamos en una posmodernidad que involucra también a la Salud Mental es necesario *aggiornarse* a los nuevos modos en los que la epidemiología moderna intenta definir conductas y comportamientos. Es necesario informar a los padres que existe una pasión por la medicalización y que casi todas las conductas de un niño o joven están descritas en estas clasificaciones con el único objetivo de medicarlas y así tener población cautiva para vender medicamentos. Por esa razón es fundamental trabajar en procesos de orientación con los padres para reubicar algunas funciones erráticas dentro de la familia y por sobre todas las cosas apoyarlo para que puedan volver a sostener su palabra autorizada y puedan asumir la responsabilidad que les cabe en la crianza de los hijos. Concretamente no culpabilizarlos y comprender la angustia que les ocasiona la imposibilidad de poner límites o manejar situaciones con los hijos. Resulta imperioso no ser ortodoxos en cuanto a los tiempos que el sujeto necesita para arribar a la verdad de su problemática psíquica; muchas veces esa verdad no resiste un

ciclo lectivo o una resolución escolar y mientras tanto los niños fracasan, quedan fuera del sistema o son segregados por inadaptados. Todo esto conlleva muchísima angustia en los niños y en los padres. Es fundamental que los profesionales de la salud se involucren con el colegio, con los padres y con los docentes del niño. El profesional puede utilizar el cuaderno de comunicaciones para enviarle una nota al docente contándoles cómo va el tratamiento o preguntándole algunas cuestiones del aula. Esto alivia la angustia de los adultos involucrados con el niño; es muy eficaz esta comunicación. Es necesario aliviar el síntoma del niño mostrándole en la sesión, con los recursos que el profesional tiene, cómo lo que le ocurre está vinculado a un tipo de relación y comunicación que se da con los padres, hermanos, etc. Es necesario darle alguna respuesta al niño y a los padres para que comprendan cómo se construye el síntoma. Esto no es ir en contra de la ética profesional ni es sugestionar a los pacientes. Simplemente es ir a tono con una época que nos exige tomar lo Real, que golpea las puertas de nuestros consultorios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berger, P. y Luckman, Th. La construcción social de la realidad. Buenos Aires 1995. Editorial Amorrortu.
2. Freud, Sigmund. El malestar en la Cultura, de 1929. Cáp. 1,2y 3. Biblioteca Nueva. Barcelona. 1986.
3. Freud, Sigmund. “El por qué de la guerra”, en Obras Completas, de 1932. Biblioteca Nueva. Barcelona. 1986
4. Freud, Sigmund. “Inhibición, Síntoma y Angustia”, en Obras Completas. Biblioteca Nueva. Barcelona. 1986.
5. Freud, Sigmund “Psicología del colegial”. Obras Completas. Biblioteca Nueva. Barcelona. 1986
6. Freud, Sigmund “Psicología de las masas y análisis del yo”. Obras Completas. Biblioteca Nueva. Barcelona. 1986.

7. Freud, Sigmund “El porvenir de una Ilusión”, Obras Completas. Biblioteca Nueva. Barcelona. 1986.
8. Freud, Sigmund “Tres ensayos de teoría sexual I, II y III”. Obras Completas. Biblioteca Nueva. Barcelona. 1986.
9. Fleischer, Déborah. “Clínica de las transformaciones familiares” Editorial Gama-ediciones, Buenos Aires 2001.
10. Guemureman, Silvia; Daroqui, Alcira “La niñez ajusticiada”. Editorial del Puerto, Buenos Aires, 2002.
11. Grosman, Cecilia “Familias ensambladas”. Editorial Universidad, Buenos Aires 1999.
12. Giberti, Eva “La familia a pesar de todo”. Editorial Novedades Educativas, Buenos Aires 2005.
13. Osorio, Fernando. Violencia en las Escuelas. Un análisis desde la subjetividad. Noveduc-libros. BA. 2006. 2da. Edición 2009.
14. Osorio, Fernando. “Los medicamentos y la industria farmacéutica”, en Usos y Abuso de Drogas. Adicción, disciplinamiento y control. Sustancias tóxicas legales e ilegales, Colección Ensayos y Experiencia. Ediciones Novedades Educativas. BA. 2006.
15. Osorio, Fernando. Niños y jóvenes vulnerados. La injusticia institucionalizada, en Revista Novedades Educativas, tomo 204/205, noveduc libros, Buenos Aires 2007.
16. Osorio, Fernando. Agresividad y Violencia. La violencia escolar como construcción social. Revista Novedades Educativas tomo 187, noveduc libros, buenos Aires 2004.
17. Osorio, Fernando Problemas de conducta. De qué hablamos cuando hablamos de problemas de conducta. Revista Novedades Educativas tomo 151, noveduc libros, Buenos Aires 2006.
18. Osorio, Fernando. ¿Qué son los límites? Acerca de la función reguladora de los padres, Revista 0a5 Tomo 70, noveduc libros, Buenos Aires, 2007.
19. Roudinesco, Elizabeth “La familia en desorden”. Editorial Fondo de Cultura, Buenos Aires, 2003.
20. Solari, Néstor “La niñez y sus nuevos paradigmas”. Editorial La Ley, Buenos Aires 2002.

21. Solari, Manuel "Historia de la educación Argentina". Editorial Paidós, Buenos Aires 1999.
22. Schvarstein, Leonardo. "Psicología social de las Organizaciones". Editorial Paidós, Buenos Aires, 1990
23. Torres, Susana. "Historia de la familia en la Argentina Moderna" Editorial de la Flor, Buenos Aires 2003.
24. Yannuzzi, Sandra (comp.) "La inteligencia de la ignorancia. Sobre el concepto de eficacia en psicoanálisis", en Inteligencia y subjetividad. Encrucijadas del psicoanálisis
25. y de la psicopedagogía clínica. Colección Ensayos y Experiencias. Ediciones novedades Educativas. BA. 2006

CAPÍTULO 31

**MANEJO JURÍDICO DE LOS INFRACTORES
JUVENILES**

EL SISTEMA DE PROTECCIÓN JUDICIAL DE LA NIÑEZ Y DE LA ADOLESCENCIA

DR. MICHEL BOTBOL

DR. J.A. BARRIGUETE

En numerosos países del mundo la protección de los menores se encuentra hoy en día en el centro de las preocupaciones de las administraciones políticas y del debate público. Eso vale tanto para los **menores maltratados como para los menores delincuentes** con una idea esencial más y más compartida en el ideal democrático de nuestras sociedades globalizadas: a pesar de sus particularidades respectivas, y detrás de las respuestas específicas que les corresponden, estas dos categorías de menores se deben considerar en peligro. Esta idea despierta debates apasionados que tratan no solamente los principios sobre la cual está basada sino también, básicamente, la realidad del fenómeno en sus características epidemiológicas y de las consecuencias prácticas que resultan de estas consideraciones ideológicas.

Los cambios profundos notables en estas sociedades globalizadas (en referencia al rol de la diferencia de género en la organización familiar, a la función del padre, al concepto de autoridad en la transmisión transgeneracionales y a los cambios en la educación de los niños) en un contexto de difusión masivas de los valores inducidos por estos cambios en relación con los derechos humanos individuales y colectivos, influyen profundamente en las ideas y prácticas en este campo de tal modo que son muchos los que consideran que la manera en que un país protege a sus menores es uno de los mejores reveladores de sus logros sociales, de su nivel democrático y de la fuerza de su estado de derecho.

De eso atestiguan la numerosas iniciativas internacionales tomadas sobre este tema desde mediados de los años 80: en 1985, las reglas de Beijing sobre las respuestas a la delincuencia juvenil, en 1987 la recomendación del Consejo de Europa sobre la protección de los menores, en 1989 la

Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, en 2007 la Convención de Lanzarote sobre la protección de los niños contra la explotación y los abusos sexuales, en 2010 las Recomendaciones de la comunidad europea sobre la atención a los menores extranjeros aislados. Todos estos textos definen los principios mínimos que deben regir la protección de los niños y adolescentes, tanto desde el punto de vista judicial como desde el punto de vista social, y promueven el reconocimiento de los derechos específicos de los menores, inspirándose de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. En numerosos países estas iniciativas indujeron importantes progresos legislativos para construir un sistema de protección de los menores o adaptarlo a estas reglas internacionales. Por supuesto, cada país lo hizo tomando en cuenta las particularidades de su sistema político, de sus principios judiciales, de sus ideales humanos, de sus normas culturales, de sus valores religiosos o éticas, de sus recursos económicos etc.

Como consecuencia, todos estos países comparten igualmente, los modelos disponibles para responder a estas metas y las cuestiones que quedan abiertas para tratar de mejorar el funcionamiento de estos modelos o adaptarlos a las particularidades nacionales o regionales.

LA DUALIDAD DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN DE LA NIÑEZ Y DE LA ADOLESCENCIA

En el mundo, todos los sistemas existentes deben, al menos en sus principios:

- articular la vertiente social o administrativa y la vertiente judicial de la protección de los menores, y
- abarcar la atención a los menores en peligro por maltrato o fallas en su entorno educativo o familiar, así como la atención a los menores delincuentes, es decir en peligro por sus actos transgresivos

Todos los sistemas deben tomar en cuenta estas polaridades heterogéneas, pero cada uno puede hacerlo en referencia al modelo que eligen según sus tradiciones culturales y judiciales, ya que se cumplen en dos diferenciaciones consideradas internacionalmente pertinentes: primero la

diferenciación entre protección social y protección judicial y segundo, dentro de la protección judicial, la diferenciación entre el procedimiento civil (para los menores en peligro por fallas de su entorno educativo) y el procedimiento penal (para los menores en peligro por los actos delincuenciales que cometen).

Así, todos los países diferencian la protección social de la protección judicial:

- Dejan la protección social al cargo de la administración pública, más o menos controlada por el poder político electo a nivel local, para tratar de las situaciones en las cuales no se imponen obligaciones judiciales es decir:
 - cuando no hubo transgresiones judiciales (de parte del menor o de sus padres)
 - cuando los padres piden, o al menos no se oponen, a las medidas de protección social que la administración pública propone, directamente o a través de una organización no gubernamental, para atender a sus niños
- Reservan la protección judicial a las situaciones en las cuales estas condiciones no están reunidas; organizan por eso una legislación y un sistema judicial específicos para los menores, alrededor de jueces tutelares especializados.

La frontera entre los dos sistemas existe en todas las regiones, pero puede estar determinada a niveles diferentes según los países, porque su sitio depende de la organización pública de cada entidad nacional o regional pertinente, de la definición que cada de estas entidades da a los dos tipos de situaciones y de la transición que prevén entre una y otra.

Todos los países diferencian igualmente un **procedimiento civil** y un **procedimiento penal**, pero lo hacen siguiendo modelos diferentes en relación:

- a su definición de la delincuencia juvenil sobre todo en lo concerniente
 - al tipo de acto
 - y a la edad umbral de la responsabilidad penal de los menores

- a la organización judicial que eligen para abarcar estas dos polaridades judiciales
 - Sea que los dos tipos de procedimiento están puesto a cargo del mismo juez especializado (como en Francia y algunos países latinos)
 - O que los dos tipos de procedimiento están bien separados y confiados a jueces diferentes (como en todos los países anglosajones y en la mayoría de los países europeos así como de los otros países del mundo)

A pesar de sus numerosos puntos comunes, en sus metas como en sus prácticas, los sistemas son demasiado diversos a través el mundo para exponer sus varias formas. Además, si existen algunos estudios comparativos sobre la vertiente penal de la justicia de los menores, no existe ninguna de amplitud satisfactoria sobre la vertiente civil de la misma y los diversos tipos de articulación entre la protección social o administrativa y la vertiente civil de la protección judicial.

Se debe también tomar en cuenta el hecho, como en muchos otros asuntos sociales complejos, que lo que más cuenta es la declinación práctica de lo que las leyes o reglamentaciones prevén. Desde luego no será posible proponerse tal tarea en el marco limitado de este artículo; de tal modo que nos contentaremos con abordar el tema usando como ejemplos el modelo francés o europeo continental, que mejor conocemos, con la meta de exponer brevemente el perfil general de la protección judicial de la niñez y de la adolescencia en sus diversos aspectos.

PROTECCIÓN JUDICIAL DE LOS MENORES EN PELIGRO POR MALTRATO O FALLAS DEL ENTORNO: DE LA PROTECCIÓN SOCIAL A LA PROTECCIÓN JUDICIAL CIVIL

No se puede hablar de la protección judicial de la niñez y adolescencia sin recordar que, en lo general, su protección atañe normalmente a los titulares de la autoridad parental y, solo de forma subsidiaria, a dos instancias públicas: social o judicial, con su forma particular en cada país o región.

En Francia, por ejemplo, la protección social esta al cargo del Consejo General, instancia electa para administrar los departamentos, y de los servicios (públicos o privados sin fines de lucro) que este mismo financia y controla. Para ejercerse, este tipo de protección necesita al menos el acuerdo de los titulares de la autoridad parental es decir generalmente de los padres (juntos o separados según las legislaciones). Así se pueden beneficiar de esta forma de protección los niños y adolescentes señalados a la autoridad administrativa por sus padres o cualquier profesional de la niñez con el acuerdo de los padres cuando estiman que el niño se encuentra en una situación de peligro patente o posible; eso abarca todas la situaciones donde, cual sea la razón, el entorno educativo se revela falleciente (carencias físicas, psicológicas, afectivas, educativas, maltratos, trastornos del comportamiento etc.).

La autoridad administrativa, y el servicio designado por ella para encargarse de la situación del niño, deben evaluar la situación individual, familiar y contextual del niño señalado y decidir con los titulares de la autoridad parental de las medidas que parecen necesarias para proteger al niño y suplir estas fallas con las ayudas necesarias (y posibles) para permitir al niño el mejor crecimiento posible. Para esta evaluación, estos servicios pueden pedir la ayuda de profesionales especializados y entre ellos de psicólogos y psiquiatras.

En lo general, la justicia no interviene en estos casos si esta evaluación no revela hechos penales significativos del niño o de su entorno:

- Cuando la intervención decidida no puede ejercerse porque los titulares de la autoridad parental no la aceptan o no lo pueden aceptar (es decir si la evaluación revela algún hecho posiblemente penal),

- cuando la intervención administrativa no logra mejorar la situación del niño.

Cuando los servicios designados no pueden evaluar la situación del niño, la autoridad administrativa debe señalar la situación del niño a la autoridad judicial; allí entramos en el sistema de protección judicial propiamente dicho.

Como lo pone el código civil francés: *“Si la salud, la seguridad o la moralidad de un menor están en peligro, o si las condiciones de su desarrollo físico, psíquico, afectivo, intelectual y social están gravemente comprometidas, medidas de asistencia educativa pueden estar ordenadas por decisión judicial”*

Considerando todos los elementos en su posesión, y en la presencia de los titulares de la autoridad parental y, si es posible, del menor, el juez decide las medidas a tomar.

La ley francesa prevé que las decisiones del juez se imponen a los padres y a los niños como a los servicios pertinentes; sin embargo esta misma ley prevé igualmente que “el juez debe tratar de obtener el acuerdo de los titulares de la autoridad parental”. Este último punto nos recuerda lo que, en un sistema democrático, significa finalmente la protección judicial “civil” de un niño: **en nombre del interés superior del niño, la limitación del derecho fundamental de los padres a ejercer su autoridad parental sobre sus niños**; esta limitación es posible solamente cuando, desde el punto de vista de la justicia, la seguridad del niño lo necesita.

En este marco el juez puede tomar varias decisiones:

- Clasificar el caso cuando estima que no hay razones suficientes para limitar la autoridad parental.
- Ordenar una evaluación complementaria involucrando servicios educativos y pedagógicos o profesionales especializados (en particular psicólogos y psiquiatras).
- Ordenar una asistencia educativa ambulatoria cuando la separación con la familia no aparece inmediatamente útil. El juez decide igualmente a qué servicio confía esta asistencia: un servicio social o judicial, público o privado sin fines de lucro.

- Confiar el niño a otro pariente, o a otro miembro de la familia, o a otra persona confiable, a un servicio social habilitado o ingresarlo en un hogar a tiempo parcial o completo.
- Ordenar una medida de ayuda a la gestión del presupuesto familiar

Cuando encuentra hechos penales (cf. infra) el juez puede señalar a los padres al fiscal general o entrar en un procedimiento penal para el niño

El juez toma sus decisiones por un periodo limitado; debe reconsiderarlas periódicamente con los padres y el niño a partir de los reportes, al menos anuales, de los servicios encargados de ejercer las medidas decididas

Mutatis mutandis, este tipo de sistema debe existir en todos los países que cumplen con las normas internacionales. Como ya lo señalamos, la forma que toma el sistema en cada entidad esta adaptada a sus tradiciones, legislación, organización y sobre todo recursos, lo que modifica significativamente las prácticas. Los cambios afectan esencialmente los niveles de intervención de la protección social, y de transición entre la protección social y la protección judicial civil, tanto como el rol de la psicología o de la psiquiatría en la evaluación de las situaciones de peligro para el niño y la insistencia puesta sobre la dimensión apremiante de la protección judicial en su vertiente civil.

Desde este punto de vista se oponen dos tendencias típicas:

- Un modelo que prioriza sobre todo el respeto de los derechos familiares que se ven como una condición esencial para el desarrollo del niño. Esta tendencia se encuentra en el sistema francés y de los países latinos, es decir en la mayoría de los sistemas referidos a un modelo familiar fuerte.
- Una tendencia que prioriza más bien los derechos del niño y considera que su interés primordial debe sobrepasar sistemáticamente los derechos de sus padres cuando estos no son los suficientemente funcionales. Esta tendencia se encuentra más bien en los países anglo-sajones y nórdicos.

LA PROTECCIÓN JUDICIAL DE LOS MENORES EN PELIGRO POR SUS ACTOS DELINCUENCIALES - LA PROTECCIÓN JUDICIAL EN LOS PROCEDIMIENTOS PENALES: DE LA SANCIÓN A LA PROTECCIÓN

Las normas internacionales exigen que las leyes penales de cada país prevean disposiciones especiales para el juicio y la sanción penal de los menores delincuentes con la meta de tomar en cuenta su inmadurez, su dependencia específica al contexto, y, desde luego sus necesidades particulares en términos de **protección y educación**. Básicamente, eso significa al menos:

- **Penas reducidas para los menores:** debajo de cierta edad, las penas máximas previstas para los menores deben ser significativamente reducidas en relación a las que se podría infligir a un adulto por la misma transgresión.
- **Una edad umbral para la responsabilidad penal de los menores:** es decir una edad debajo de la cual la irresponsabilidad penal es el principio
- **Disposiciones adaptadas a la edad del niño para la realización de las penas** (sobre todo cuando estas comprenden un encarcelamiento) para asegurar la protección de los menores y la continuación de objetivos educativos que la lógica penal nunca debe desamparar.

Los convenios internacionales recomiendan también la creación de una jurisdicción específica para los menores con el fin de mejorar la sensibilidad de los magistrados a las particularidades de los procedimientos y de las metas penales con los menores

Dentro de este marco varios modelos se desarrollaron, entre los cuales se destaca el modelo europeo continental en el cual es tradicional insistir sobre las metas de protección reduciendo, al menos en los discursos dominantes, las metas represivas.

En Francia por ejemplo, la ley penal para los menores, establecida en 1945, postula que la repuesta penal a los actos de los menores delincuentes debe, en todos casos, tener una prioridad educativa que debe ser la más determinante; esta postura está basada en la idea de que las medidas

tomadas en esta lógica tendrán siempre un efecto positivo sobre la integración social de los menores y, desde luego, en sus comportamientos. Con esta meta, esta misma ley, creó en cada departamento (cf. supra), jurisdicciones específicas (el tribunal de menores y la audiencia criminal de menores) y magistrados especializados (el juez de la niñez, el fiscal de los menores, el juez de instrucción de los menores) con poderes extendidos para adaptar las penas a la situación educativa del niño delincuente y asegurar sobre todo su protección y compensar las carencias de su educación, lo que marca claramente el reconocimiento del derecho a la educación para los menores delincuentes. Desde luego esta ley da un espacio esencial a la evaluación del funcionamiento psíquico del menor y de su familia, los rasgos de personalidad del niño así como las fallas del contexto familiar, afectivo o social, siendo estos los elementos los más importantes para orientar la decisión del juez. La ley prevé un servicio público particular (la Protección Judicial de la Juventud¹) para evaluar la situación psicológica, familiar y social del menor y ayudar al juez en sus decisiones así como para acompañar las medidas decididas por el juez, siendo la mayoría de estas medidas educativas (asistencia educativa ambulatoria, ingreso en hogares educativos, actividades educativas de día etc.).

Sin embargo la ley de 1945 dejó la posibilidad de ordenar una sanción penal a un menor:

- si está reconocido capaz de discernimiento: un menor puede estar penalmente sancionado por una infracción penal seria, “cuando las circunstancias y su personalidad lo exigen”¹⁶. En estos casos la pena máxima no puede superar la mitad de la pena incurrida para un mayor por la misma infracción. Esta “*excusa de minoridad*” puede ser descartada solo en casos excepcionales y solo para los menores de más de 16 años.

La ley hace entonces todo lo posible para que la jurisdicción penal de los menores redujera la vertiente represiva de su respuesta a los actos delincuentes del menor, privilegiando su vertiente educativa y protectora.

¹⁶ Ordonnance del 2 de febrero 1945

En Francia esta tendencia aumentó aun mas cuando se decidió poner la protección civil de los menores (cf. supra) a cargo de los mismos jueces de la niñez¹⁷, dándoles nuevas posibilidades para despenalizar sus respuestas a los menores transgresivos ya que les consideran como niños en peligro por fallas de su entorno más que delincuentes.

Con el crecimiento de la delincuencia juvenil a finales de los años 70, fuertes críticas surgieron (en Francia tal vez más que en los otros países europeos) contra un sistema considerado demasiado laxista o insensible a los derechos de las víctimas, y desde luego ineficaz para enfrentar los nuevos retos de la delincuencia juvenil. Siguió una controversia ideológica y política muy intensa oponiendo los tenores de la tendencia protectora y los tenores de la tendencia represiva. De este debate resultó finalmente un compromiso, al principio de los años 2000: **una articulación entre protección y represión, educación y sanción**, basado en la idea (ahora evidente) que **estas dos polaridades son más bien complementarias que opuestas**. Si el recurso a las sanciones penales mas represivas (como la encarcelación) esta todavía tan limitado como posible, se desarrollaron sanciones educativas en las cuales las medidas apremiantes (a veces limitando drásticamente la libertad del menor) están asociadas a programas educativos intensivos como en los Centros Educativos Cerrados creados en 2002. Paralelamente estos mismos programas fueron implementados en Cárceles para Menores construidas desde 2007 para remplazar las secciones para menores creadas desde 1912 en las cárceles generales.

Mutatis mutandis, estos mismos modelos y principios se desarrollaron en los países europeos continentales, aproximándolos al modelo de los países anglosajones que fueron los primeros en modernizar su aproximación del problema, con un punto de vista un poco diferente, al menos en el discurso: **privilegian el rol correctivo y moral de la sanción así como su meta retributiva para la sociedad y las victimas**; desde luego consideran de manera menos ambivalente la función punitiva de la justicia penal en los menores aumentando su proximidad con la justicia penal de los mayores.

¹⁷ Ordonnance de 1958

De tal modo que podemos considerar hoy que si las diferencias todavía existen, conciernen sobre todo a la noción de “mayoridad” penal que abarca tres aspectos complementarios:

- La edad de la responsabilidad penal, es decir la edad a partir de la cual un menor puede ser sancionado penalmente (por ejemplo, 10 años en Suiza e Inglaterra, 12 años en los Países Bajos, Grecia, 13 años en Francia, 14 años en España, Alemania, Italia, 16 años para Portugal y 18 años par Bélgica).
- La edad a partir de la cual un delincuente no puede comparecer más ante la jurisdicción especializada para los menores.
- La edad a partir de la cual un delincuente no se puede beneficiar más de la atenuación de responsabilidad (la excusa de ser menor de edad) y, desde luego, de una escala de penas reducidas

En muchos países el juez de la niñez puede modificar la edad de atenuación de responsabilidad como los límites en lo concerniente a la jurisdicción de juicio en función de las características del acto y de la personalidad del delincuente.

Por ejemplo en Italia, Alemania, España y los Países Bajos, el delincuente primario responsable de hechos poco graves entre 18 y 21 años puede estar juzgado como un menor ante el tribunal de los menores. Al revés, en Reino Unido el menor puede ser presentado ante el tribunal ordinario de los mayores para actos particularmente graves; en Francia como en los Países Bajos, el juez de los menores puede aplicar el derecho común a partir de 16 años cuando el comportamiento del menor demuestra la inutilidad de medidas educativas protectoras

PARA CONCLUIR

En un mundo sometido a mutaciones rápidas donde tanto los problemas como las soluciones son más y más globalizados, las variaciones entre los modelos disponibles son bastante limitadas y tocan más bien puntos de detalles. En este paisaje complejo, faltan dramáticamente estudios comparativos que permitirían basar sobre pruebas validadas los procedimientos de protección judicial y el rol respectivo de las diversas formas de protección.

Debemos añadir que, cualquiera sean los modelos elegidos, se oponen drásticamente:

- la situación de los países en desarrollo en los cuales los progresos legislativos son notables, siendo el principal problema encontrado en la práctica la falta de recursos y de organización pública para permitir el desarrollo de los servicios de protección social de la niñez, y
- la situación de los países desarrollados en los cuales se notaron estos últimos años una tendencia a “desjudicializar” la protección de los menores en peligro por fallas del entorno y aumentar la penalización de la protección de los menores en peligro por sus actos transgresivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berger Maurice, L'échec de la protection de l'enfance, Dunod, Paris, 2004
2. Botbol M., Choquet L-H, Grousset J., « Éduquer et soigner les adolescents difficiles : la place de l'aide judiciaire contrainte dans le traitement des troubles des conduites », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, juin 2010, vol. 58, n°4
3. Botbol M., Choquet L-H, « Eduquer et transmettre – Changement et continuité de la transmission dans le contexte de la justice des mineurs », *Adolescence*, 27, 2, 2009.

4. Chaillou P. Autorité parentale et assistance éducative. In: P Ferrari, M Botbol, Y Bonin. Enfants et prison, Paris, ESHEL, 1990.
5. Laetitia Delannoy « Les perspectives de la justice juvénile en Europe », *Informations sociales* 4/2007
6. Ricoeur P.: The Just. The University of Chicago Press, Chicago, 2003
7. Verdier P., Eymenier M., La réforme de la protection de l'enfance, Berger-Levrault, Paris 2009

SITUACIÓN ACTUAL EN IBEROAMÉRICA

DRA. ANA MARÍA HEINERT MUSELLO. MSC

Cuando hablamos de manejo jurídico de adolescentes infractores, nos referimos al conjunto de leyes, artículos y medidas, que abarca el sistema de justicia especializado en los menores de edad que han cometido faltas o infracciones a la ley penal.

Es menester de los Estados y sus gobiernos el proveer de leyes justas, eficientes, respetuosas y ante todo protectoras de los derechos de los niños y adolescentes, ya que solo de esta manera se hablara dignidad, igualdad y libertad de sus sociedades.

Es por ello que a partir de 1985, dentro de las normas internacionales de las Naciones Unidas para la administración de la Justicia de Menores, las Reglas de Beijín, que recogen una serie de sugerencias sobre el tema, recomiendan una justicia especializada en adolescentes que sea accesible; ya que se considera que este grupo de individuos se encuentran en una etapa de crecimiento físico, emocional e intelectual.

Luego con la promulgación el 20 de noviembre de 1989, la Convención sobre los Derechos del Niño, aprobó una visión integral del adolescente infractor, el cual restringe la participación del Estado de intervenir y sancionar al que hubiere cometido una falta, ya que se busca aplicar una medida diferente a la privación de la libertad¹²; estableciéndose leyes y normas que velan en su articulado por los derechos y garantías que gozan los menores de edad, diferenciando a los niños (los cuales son totalmente inimputables)⁷, de los adolescentes a los que se les proporciona medidas socio-educativas, en oposición del adulto que infringe la ley con quien se ejerce un ley criminal.

Antes de este tiempo las legislaciones de los países en su mayoría no contaban con una teoría jurídica que favoreciera a esta población para establecer la responsabilidad penal del adolescente que quebrantase la ley⁴, ahora a partir de esta norma los niños y adolescentes son titulares de todos

los derechos humanos, además de los específicos para su edad, los cuales operan sobre la base de los principios de indivisibilidad y no jerarquización, la exigibilidad de estos derechos de manera tal que resultan directamente aplicables e intocables ante cualquier juez o autoridad la enumeración de los derechos aludidos no excluye a otros que sean necesarios para el pleno desenvolvimiento moral y material del niño y del adolescente. Ya que se derivan de su condición de persona, se reconoce las diferencias entre niñez y adolescencia; y por lo mismo, la posibilidad de ejercicio progresivo de los derechos correspondientes a cada etapa que atravesase el menor de edad.

Según reza su artículo 40.1 “Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño de quien se alegue que ha infringido las leyes penales o a quien se acuse o declare culpable de haber infringido esas leyes a ser tratado de manera acorde con el fomento de su sentido de la dignidad y el valor, que fortalezca el respeto del niño por los derechos humanos y las libertades fundamentales de terceros y en la que se tengan en cuenta la edad del niño y la importancia de promover la reintegración del niño y de que éste asuma una función constructiva en la sociedad”; al mismo tiempo determino la obligación legal, luego de establecer la responsabilidad del niño en el hecho que se lo implica, gozando evidentemente de todas las garantías que por ley gozan dentro del proceso.

De esta manera se pasa del modelo tradicional protector del niño en el que es objeto pasivo de reprimenda y compasión, alejándolo de su condición fundamental de personas independientes; al modelo actual que garantiza al menor de edad como ser que es sujeto de derecho.

En respuesta, la mayoría de los países latinoamericanos han ratificado y promulgado la Convención Internacional de los derechos del Niño, convirtiéndola en ley nacional que adoptan dentro de su constitución, para de esta manera educar a la niñez en un espíritu de paz, tolerancia y solidaridad; además de otorgar a esta población los derechos sociales, económicos y culturales de los que son dignos, permitiéndoles ser protagonistas de su propio desarrollo, para el fortalecimiento de la sociedad. Con esta Ley se desea otorgar un consistente soporte jurídico, definiendo competencias administrativas y judiciales, para ese grupo poblacional.

En la mayoría de estos países Latinoamericanos lleva nombres muy similares, llamándolo Código de la Niñez y Adolescencia (Ecuador, Perú, Nicaragua, Costa Rica, Venezuela), Código de la Niñez y Juventud (Guatemala); Código del Menor (Bolivia, Colombia); Código para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (República Dominicana); Estatuto del Niño y el Adolescente (Brasil), constituyéndose como un sistema tutelar garantizador de la protección integral del interés superior del menor, recogiendo las normas constitucionales, establece mecanismos institucionales y de conducta social que orienten un comportamiento colectivo en torno al tema¹³.

Para efectos de la Convención, niño es todo ser humano menor de dieciocho años de edad, excepto cuando, en virtud de ley, haya alcanzado antes la mayoría de edad; se inicia la adolescencia desde los 12 años.

En ciertos países como México la edad penal es considerada desde los 16 años. Estas medidas se aplican tanto en hombres como en mujeres.

El reconocimiento por parte de las autoridades de una sociedad en cuanto a la mayoría de edad de los hombres que las constituyen, debería estar acorde con la capacidad de ser independientes, realizar por ellos mismos las actividades que los mantenga en tono con una comunidad que avanza, conservando su integridad física y pudiendo admitir los derechos de los que gozan los demás integrantes del mismo grupo social, dejando a un lado el ente biológico per se; se debe tomar en cuenta los derechos que por edad van adquiriendo los seres humanos dentro de su grupo y en cuanto a las responsabilidades que estos conciben, establecer para posterior el compromiso de estos individuos frente a la sociedad, como lo es por ejemplo el derecho al sufragio, la capacidad de ser electos a diferentes cargos, unirse con una pareja sin el consentimiento de sus padres, el comprar bebidas alcohólicas, etc.; situaciones que en la mayoría de los países Latinoamericanos se da a los 18 años.

Por ello en la mayoría de estos países el adolescente mayor de 12 años que quebranta la ley ya sea como autor o cómplice de un hecho delictivo, deberá ser susceptible de una sanción, en este caso determinada por el código como medidas socio educativas, ya que responde como sujeto de derecho y por lo

tanto sujeto de obligaciones, así como en el adulto se aplican condenas o multas⁹.

Las Reglas de Tokio, Reglas mínimas de Las Naciones Unidas para la administración de medidas no privativas de libertad, (1990), respecto del tema refiere que las obligaciones que ha de cumplir un adolescente que cometa delito deberán ser “prácticas, precisas y tan pocas como sea posible y tendrán por objeto reducir las posibilidades de reincidencia en el comportamiento delictivo e incrementar las posibilidades de reinserción social del delincuente”.

El término “medida socioeducativa” que quiere decir que tiene por objeto la educación del adolescente, considerándose para la aplicación de estas la capacidad del adolescente para cumplirla. Todos los códigos mantienen el mismo esquema de tratamiento sobre el adolescente infractor, variando según el país, el nombre que se le dé a estas, llamándolas “medidas de rehabilitación”, “medidas” o “medidas socioeducativas”.

Las medidas socio educativas se gradúan legalmente de acuerdo al nivel y clase de la ofensa, no pueden ser únicamente opresivas o restrictivas, recurriendo a la privación de la libertad sólo para las transgresiones de extrema gravedad; siendo su propósito principal que los adolescentes entiendan las consecuencias de sus actos y asuman la responsabilidad de estos, aprendiendo de ellos para no volver a cometerlos.⁽¹⁾

Para Luis Mendizábal Oses “son aquellas en las que la finalidad esencial no es la de penar ni la de intimidar a los menores, así como tampoco la de reprobación socialmente la conducta de quien se encuentre en situación irregular porque fundamentalmente se trata de proteger jurídicamente al menor contra el medio ambiente que nocivamente influye en su comportamiento y contra las tendencias o inclinaciones perturbadoras de su normal desarrollo personal que motivan indudables desajustes a su convivencia con los demás por ello la finalidad esencial de éstas medidas es de prepararle eficazmente para la vida”.¹⁰

En el Ecuador la responsabilidad del adolescente infractor esta albergada en el libro cuarto del Código de La Niñez y la Adolescencia, el cual entro en vigencia el día dos de julio del 2003.⁵

Dentro de las disposiciones generales y según lo dicta el artículo 305.- “Los adolescentes son penalmente inimputables y, por tanto, no serán juzgados por jueces penales ordinarios ni se les aplicaran las sanciones previstas en las leyes penales.”

Es decir los adolescentes no serán objeto de castigo por la ley, ya que en caso de cometer una infracción, o ser sorprendidos en flagrancia deberán ser llevados ante sus representantes legales y en caso de no tenerlos, deberán ser entregados a una entidad de atención.

Por lo tanto tendrá que dársele un trato justo, respetuoso y humano, quedando totalmente penado el maltrato y cualquiera de sus formas como el psicológico, físico o emocional, mas aun acciones que atenten contra su dignidad, el aislamiento o perjudique su integridad física.

La peculiaridad en cuanto al trato del niño y adolescente se contempla en todos los países que adoptan las normas de la Convención, ya que la existencia de una justicia especializada a cargo de los Juzgados Especializados, Las Salas de Familia y la Corte Suprema, garantizan decidir la procedencia de la acusación, la aplicación de medidas provisionales y resolver la situación jurídica del adolescente aplicando una medida socio-educativa o absolviéndolo.

En tal caso, y tal como lo dispone el artículo 306.- Los adolescentes que cometan infracciones tipificadas en la ley penal estarán sujetos a medidas socioeducativas por su responsabilidad de acuerdo con los preceptos del Código de La Niñez y la Adolescencia.

El artículo 307 reitera la inimputabilidad y exención de responsabilidad de niños y niñas; por lo que reza “Los niños y niñas son absolutamente inimputables y tampoco son responsables; por tanto, no están sujetos ni al juzgamiento ni a las medidas socio-educativas contempladas en el Código de La Niñez y la Adolescencia.

El niño es inimputable por carecer de capacidad de comprensión y autodeterminación, es decir por sí mismo no es capaz de medir las consecuencias de sus actos o de determinar el grado de daño que pudiere causar.

Por ello los niños que cometen infracciones quedan a órdenes de instituciones civiles de protección del menor, pero ante todo sujetos al control de su familia.

Se entiende que entre los 12 y 14 años el individuo está en la capacidad de adquirir responsabilidades, llevar a cabo tareas sabiendo de antemano las consecuencias de puedan acarrear estas y hacer total uso de la capacidad de raciocinio y discernimiento.

Las medidas socio-educativas aplicables a los adolescentes infractores en el Ecuador, son acciones dispuestas por la autoridad judicial, cuando la responsabilidad del adolescente a que dado previamente señalada.

Cuando se establece la responsabilidad del adolescente a fin de emitirse una sentencia o decisión sobre el caso, se deberá tomar en cuenta el informe de un equipo multidisciplinario, compuesto generalmente por abogados, fiscales, psicólogos y todo el personal que esté relacionado con el proceso y que se ha especializado en menores de edad infractores, teniendo en cuenta la ley que sobre ellos rige.⁸

El artículo 369, define a las medidas socioeducativas como acciones dispuestas por la autoridad judicial cuando ha sido declarada la responsabilidad del adolescente en un hecho tipificado como infracción penal. Su finalidad es lograr la integración social del adolescente y la reparación o compensación de daño causado. Las medidas socioeducativas que el Juez puede imponer son las siguientes:

- 1.- Amonestación.**
- 2.- Amonestación y reglas de conducta.**
- 3.- Orientación y apoyo familiar.**
- 4.- Reparación del daño causado.**
- 5.- Servicios a la comunidad.**
- 6.- Libertad asistida.**
- 7.- Internamiento domiciliario.**
- 8.- Internamiento de fin de semana.**
- 9.- Internamiento con régimen de semi-libertad.**
- 10.- Internamiento institucional.**

Estas mismas medidas son implementadas en los países que utilizan el Código de la Convención en sus legislaciones, cambiando para efecto de cada país los términos aplicados para nombrarlos.

Todas ellas buscan implementar por medio de la norma, programas y estrategias para prevenir las conductas delictivas que se presentan en los adolescentes infractores, rehabilitar por medio de los especialistas el ambiente biopsicosocial en el que se desarrolla el menor, capacitarlo en oficios en los cuales puedan desenvolverse para que el día de mañana se integren como entes productivos a la sociedad; y en caso de ser necesario, solo mediante estudio previo de un equipo multidisciplinario colocar al adolescente en una familia sustituta.⁶

Recordemos que ante todo el propósito de la ley penal en los adolescentes es educar en la justicia para construir la paz, por ello el infractor tiene el derecho de que se le explique todos los aspectos del proceso que se sigue, para que este participe y comprenda las consecuencias de tales acciones, lo concientice, aprenda de ella y que el perjuicio realizado pueda ser reparado, con lo que la causa debería quedar archivada.

Las reglas de Beijing en su regla numero 11, refiere que se debería evitar en todos los casos en que los delitos realizados por los menores infractores sean leves, las formas penales, que pudieran causar al adolescente mayor daño sea psicológico, emocional o que estuviere su integridad física comprometida, velando de esta manera por el interés del menor; aportándose con alternativas como la de la reparación del daño ya sea individual o colectivo; o la del proceso de conciliación.

Se busca apelar al sentido de buen vivir que por edad un adolescente debería de conservar, a esta edad se puede discernir entre lo bueno y lo malo, ya que si bien no se le puede exigir como adulto, si puede responsabilizarse por sus actos, ya que estuvo en él, el poder de elegir el comportamiento ilícito, o no realizarlo; es decir en conocimiento de lo que no debe de hacer, opta por hacerlo.^(2,3)

Privados de libertad, los adolescentes tienen, entre otros, el derecho a ser tratados con respeto y dignidad, habitar alojamiento en condiciones adecuadas de higiene y salubridad, recibir escolarización y

profesionalización y realizar actividades culturales deportivas y de recreación.

Las Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de Libertad, adoptadas por la Asamblea General en su Resolución 45/113, del 14 de diciembre de 1990, definen: “La privación de la libertad deberá efectuarse en condiciones y circunstancias que garanticen el respeto de los derechos humanos de los menores”; lo que quiere decir que no deberá bajo ninguna circunstancia, presentarse maltratos de ninguna índole hacia el adolescente infractor.

“Deberá garantizarse a los menores recluidos en centros el derecho a disfrutar de actividades y programas útiles que sirvan para fomentar y asegurar su sano desarrollo y su dignidad, promover su sentido de responsabilidad e infundirles actitudes y conocimientos que les ayuden a desarrollar sus posibilidades como miembros de la sociedad”.

Es decir los centros de acogimiento para los menores que han quebranto la ley deberán de ser lugares donde esta población se sienta protegida y estimulada hacer personas de bien, que trabajen por su futuro y por ende que aporten a su Patria.

“No se deberá negar a los menores privados de libertad, por razón de su condición, los derechos civiles, económicos, políticos, sociales o culturales que les correspondan de conformidad con la legislación nacional o el derecho internacional y que sean compatibles con la privación de la libertad”.

La privación de la libertad de los menores infractores no los exime de gozar de todos los derechos que por ley ya sea nacional o internacional, tienen acceso; procurando ante todo el interés superior del niño.

Pese al trabajo realizado en torno a este tema, las normas, las leyes y las sugerencias de las diversas estrategias internacionales utilizadas por los diferentes países para prestar la atención más adecuada y eficiente a los adolescentes infractores de la ley, que producto de su comportamiento el juez dispone el encierro en establecimientos correccionales, muestran faltas en su infraestructura, no poseen el espacio físico suficiente para la sobrepoblación infractora, no cuentan con personal calificado en el trato y manejo de los adolescentes, por lo que es muy común que se den casos de

violencia o promiscuidad; coadyuvan a la reincidencia en el crimen, puesto que no rehabilitan.

Otras leyes entorno a este tema son las Directrices de Rihad, Directrices de las Naciones Unidas para la prevención de la delincuencia juvenil, 1990 y Reglas de La Habana, Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la protección de los menores privados de libertad, 1990.

Pese a la gran polémica desatada en torno a este tema, no es nuestra intención caer en una disputa de si el menor de edad debe ser castigado o no, sino dar a conocer el manejo del adolescente infractor en los países de Hispanoamérica, cuáles son sus objetivos, conocer los avances que se están dando en este tema y ante todo proteger los derechos y la integridad de los niños y jóvenes que se desarrollan en nuestras sociedades.

Cabe anotar que la privación de la libertad conocido como internamiento en esta población, deberá darse solo cuando se tengan las suficientes pruebas que vinculen al adolescente con el hecho que se le imputa, se encuentre el fundamento necesario para creer que adolescente podría eludir la ley o haya ocurrido en anteriores ocasiones, el hecho se cometió con gran violencia o grave amenaza.

El único responsable absoluto para velar por la integridad física y mental de los adolescentes infractores que se encuentren privados de la libertad bajo cualquiera de las medidas de internamiento adoptados por el Código de la Niñez y Adolescencia es el Estado, cabiéndoles adoptar las medidas adecuadas de contención y seguridad colocando como principio superior a ser respetado, la integridad física y mental de los internos; como asegurándoles los servicios básicos del mundo exterior (educación, salud, recreación, etc.), ello como forma de anticipación concreta de la finalidad declarada de plena reinserción social.

Para obtener todas las prerrogativas que el nuevo sistema de justicia supone, es primordial que cuando se establezca la sanción al menor infractor se considere no solo la falta realizada, sino los factores psicológicos, sociales, ambientales y familiares que pudieran influir en el comportamiento del adolescente, para de esta manera se instituyan las medidas que mejor convengan en la rehabilitación del imputado, procurándole la educación y ayuda adecuada para su caso particular.

Sólo después de que la responsabilidad ha sido establecida, se estudiará al menor y a su familia con el único objeto de tomar las medidas de “seguimiento” en libertad o de “seguimiento” en una institución especializada¹¹.

Esta medida, que debería de ser adoptada muy poco frecuente por los países que la utilizan, ya que la privación de la libertad en los adolescentes lejos de acarrear un cambio positivo en la vida de estos jóvenes, favorece a su aislamiento social, resentimiento hacia su comunidad o a sentir que no es digno de derecho; sin embargo la adopción de las medidas bien encaminadas debería de aportar al joven que se está formando una base moral sobre la cual construir un proyecto futuro mejor para él.

En los países europeos, un marcador del proceso que rige sobre los menores de edad infractores es la legislación española (Ley Orgánica 5/2000, reguladora de la Responsabilidad Penal del Menor, publicada en el BOE núm. 11, de 13-01-2000); difiere del Código utilizado en la mayoría de los países Latinoamericanos en que:

1.- No se inicie el expediente cuando:

A.- las infracciones se presenten sin violencia, amenazas o sean delitos de menor gravedad.

B.- no hallan antecedentes previos.

2.- La conciliación o compensación de daño causado se dé cuando:

A.- la seriedad y circunstancias de los hechos no sean graves.

B.- la violencia o intimidación utilizada en el hecho ocasione daños leves o no los produce.

C.- el adolescente infractor debe mostrar su arrepentimiento y pedir disculpas a la víctima, que debe aceptarlas, o aceptar la disposición del menor de querer reparar las consecuencias de su acción.

3.- Archivo del expediente:

A.- Se llevara a cabo cuando se cuente con el compromiso del menor de reparar el hecho acontecido o realice la actividad educativa acordada.

Si se diera el caso de que el menor no cumpla con la sanción establecida el Ministerio Fiscal continuará la tramitación del expediente.

En todo momento del desarrollo del proceso el principio de la confidencialidad y reserva está presente, este quiere decir que los nombres

de los adolescentes infractores sometidos a la justicia no deben salir por ningún motivo a la luz pública, obligando a los involucrados a respetarse en todo momento el derecho a la imagen e identidad del adolescente.

Las Reglas de Beijing, se pronuncian en relación a este tema, manifestando el carácter secreto de las acciones, hechos y actos, referentes a esta materia enunciándose en el sentido de la total prohibición de publicar o revelar cualquier información como parte de la protección moral o intelectual, que respecto a los menores de edad se impone el Estado.

Las excepciones a la regla de la confidencialidad: pueden tener acceso al expediente los padres, tutores, curadores, guardadores, apoderados, procuradores de menores y los representantes del Instituto Nacional del Menor, o a quien a juicio del Juez demuestre tener interés legítimo en ello, así como también a las instituciones acreditadas que realicen investigaciones con fines científicos¹⁴.

Al conocer y promover estas normas, que ya en muchos países se están volviendo leyes, los Estados crean políticas socio educativas dirigidas al menor infractor, que buscan garantizar e implementar practicas liberales, progresistas, acorde con las necesidades y las demandas actuales, que encuentren eco en las sociedades que buscan transformar leyes vetustas que no modifican ningún comportamiento en los adolescente que infringían los estatutos, y peor aun en muchos casos las medidas implementadas no solo hacían que el adolecente volviera a delinquir, sino que adquirirían en estos lugares nuevas “estrategias” y “habilidades” para llevar a cabo sus nuevas fechorías.

De ahí, la importancia de lo que reza este código, en su buena intención de proveer practicas cada vez más sanas que lleven a los adolescentes a encontrar un camino fundamentado en el respeto y tolerancia hacia las demás personas que viven dentro de la sociedad, buscando encontrar ante todo el respeto hacia ellos mismos, proporcionado por el reconocimiento de ser personas útiles de bien, que pueden aportar a la grandeza de ellos mismos y por ende al de la Patria que los cobija.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Baratta, Alessandro “Elementos de un nuevo derecho de infancia y la adolescencia, a propósito del Estatuto del Niño y el Adolescente del Brasil IUS ET VERITAS, Revista editada por estudiantes de Derecho de la Pontificia Universidad Católica del Perú Año, V, N 10, Lima, 1995, p 77.
- 2.- Berdugo Gómez de la Torre Ignacio. Lecciones de Derecho Penal, p 201-228.
- 3.- Bustos Ramírez Juan “Imputabilidad y edad Penal” Justicia Penal y Sociedad, Revista Guatemalteca de Ciencias Penales, p 119 - 124.
- 4.- Cillero Bruñol Miguel. (2001) Nulla Poena Sine Culpa, “Un Limite necesario al castigo penal de los adolescentes”. En Adolescentes y Responsabilidad Penal, Ad Hoc Buenos Aires, p 77.
- 5.- Código de la Niñez y Adolescencia. (2003). Ecuador. P 126 - 155
- 6.- Donizet Liberati Wilson, Caio Bessa Cyrino. (1993) Consejos y Fondos en el Estatuto del Niño y del Adolescente Públio, Editorial Malheiros, São Paulo.
- 7.- Hall, Ana Paola “Los Derechos del niño y su responsabilidad penal” p 13.
- 8.- López Olivia Mabel “La Responsabilidad de la persona menor de edad que infringe la Ley Penal” en la Adolescencia y la Justicia CEAPAZ, Lima 2000,p 112.
- 9.- Luzón Peña Diego. (1996) “Manual de Derecho Penal “Parte General I Ed. Universitas, Madrid, p 77-78.
- 10.- Mendizábal Oses Luis (1997) “Derecho de menores” Teoría General Ediciones Pirámide SA Madrid, p 409.
- 11.- Sánchez Sandoval, Augusto; González Vidaurri, Alicia. (1995). “Proyecto de ley de protección a los menores en México”. Capítulo Criminológico, Vol. 23, N°2, Maracaibo. p.387.
- 12.- Santos Alvins Thamara (1995) El acercamiento necesario a la infancia infractora. En: Capítulo Criminológico, Vol. 23 N°2, Julio-Diciembre, Maracaibo, p.366.
- 13.- Tudares de González, Trina: Garantías Procesales del menor en situación irregular. En: Capítulo Criminológico, N° 21, Maracaibo, 1993, p. 176.

14.- Villanueva Castilleja, Ruth; Pérez Sánchez, Rubén F.; López Martínez, Alfredo (2006) En Defensa de la Razón: La Justicia de Menores Infractores en la Reforma al Artículo 18 Constitucional, ANFEAMI-INTEGRA, México, p. 13.

COMENTARIOS Y ANÁLISIS DE LAS CONTROVERSIAS ACTUALES

DR. CARLOS ORELLANA ROMÁN

Se comentará, en forma resumida, los criterios y opiniones sobre la problemática de la imputabilidad o inimputabilidad de los delincuentes menores de edad, específicamente de los adolescentes infractores de 16 a 18 años ya que esta es la franja de edad que ha sido objeto de discusiones entre los Ministerios de Justicia de varios países y los Fiscales de estas naciones.

Planteado así el problema, y desde la psicología -una parcela importante del problema- es evidente que son los aspectos del desarrollo cognitivo y moral del sujeto los que están más relacionados con el de imputabilidad, que es un concepto jurídico y por lo tanto la declaración de inimputabilidad es competencia exclusiva de los tribunales pero sin soslayar a los criterios médicos- psiquiátricos y psicológicos, por lo que J. A. Gisbert Calabuig (2001) señala, de acuerdo con la mayor parte de los tratadistas, que la **imputabilidad** consiste en:

- 1. Un pleno estado de madurez mínimo, fisiológico y psíquico.**
- 2. Plena conciencia de los actos que se realizan.**
- 3. Capacidad de voluntariedad.**
- 4. Capacidad de libertad.**

El mismo autor al tratar el tema de la minoridad de 18 años le da mucha validez al paso de la adolescencia a la juventud en donde –según dice- es el momento de grandes descubrimientos como la muerte, “clave del impulso de la libertad”, y la consolidación de la frontera del yo y la posibilidad del tú. Acotando que no es tanto la inteligencia, que ya está desarrollada en los menores, sino el carácter, la voluntad y, en definitiva, la madurez personal que si bien es importante no puede dejarse de atender a la capacidad de discernimiento del sujeto como elemento clave para la consideración de la imputabilidad.

Es así que la actual ley vigente en el Ecuador y comunicada por el propio Ministro de Justicia en la que todo infractor menor de 18 años es inimputable, ha suscitado polémica y opiniones contrarias sobre todo en un Estado en donde recientemente se aprobó que toda persona mayor de 16 años ya pueda votar en las elecciones de dignatarios y en plebiscitos. Desafortunadamente no se ha podido encontrar los criterios psicológicos en que se basaron para rebajar la edad del voto, aunque es de presumir que podrían ser del mismo orden de lo que se conoce como *capacidad de discernimiento*.

Aclarando que no se pone en el mismo plano a la capacidad de elegir o de votar con la capacidad de distinguir lo bueno y lo malo de una acción, sin embargo se puede opinar que ambas partirían de lo mismo, es decir que están basadas en el discernimiento. Citando a Néstor Stingo (2006) que establece: *“Pero en un sentido general, discernimiento quiere decir: juicio por cuyo medio percibimos y declaramos la diferencia que existe entre varias cosas. Y discernir es, entonces, distinguir una cosa de otra, señalando la diferencia que hay entre ellas, comúnmente con referencia a operaciones racionales.”*

Por otra parte, volviendo al campo de la clínica y basados en la experiencia profesional se ha constatado en ciertos adolescentes, infractores o no, un nivel de madurez con la consiguiente capacidad de voluntad y de entendimiento iguales a la de un adulto imputable, que bien podrían ser juzgados como adultos. Esto último es lo que se discute y es así que algunos autores como el Dr. Juan José Carrasco Gómez y el Magistrado José Manuel Maza Martín (2005) consideran que en muchos ordenamientos de diferentes países, entre ellos el Español, por razones fundamentalmente de política criminal se establece un límite mínimo de edad biológica, por debajo del que no se admite la posibilidad de ser considerado imputable.

Dejando de lado las cuestiones políticas nacionales e internacionales, que se han suscitado en este importante problema, hay que centrarse en los argumentos de orden psicológico, lo que parece ser el meollo de la cuestión, ya que toda discusión sobre la inimputabilidad de un menor de edad, tiene inocultables raíces neurocognitivas y psicológicas.

Sin dejar de reconocer el necesario abordaje sistémico que amerita aplicarse a este problema, de varias y diferentes disciplinas como la antropología y la sociología que junto con la jurisprudencia y la legislación tendrían mucho que aportar, se intentará discurrir el tema en el marco de la psicología del desarrollo, la psicología cognitiva y la neuropsicología para expresar una opinión.

Dentro de las teorías del desarrollo cognitivo la de Jean Piaget, una de las más citadas, establece el periodo de operaciones abstractas en el individuo empieza desde la edad de los 11 años, en la que se deja atrás el periodo de las operaciones concretas, en la que se puede razonar en base a afirmaciones verbales en la que no se necesita la referencia concreta del objeto o situación, es decir que se adquiere la capacidad del razonamiento hipotético que es la base para imaginar y analizar cosas que nunca se ha visto o cosas que podrían resultar buenas o malas. El salto evolutivo ontogénico de un pensamiento concreto a uno abstracto presupone un andamiaje para el discernimiento y la capacidad de comparar, contrastar y evaluar.

Aunque las críticas a la teoría de Piaget, como al de todas las demás, se han centrado en una excesiva consideración al individuo como un ente independiente, sin tomar en cuenta las influencias de la sociedad o de los demás individuos. Por eso Richard Gross (2007) dice que, en los últimos años, los psicólogos han llegado a ver el desarrollo como algo más complejo, accidentado y gradual que el que describen los modelos de etapas de Piaget, el desarrollo cognitivo no es algo que se marca paso a paso con una exactitud cronológica y homogénea en todas las áreas de la vida psíquica. De cualquier manera, pese a todas las críticas, las etapas del desarrollo de Piaget han trascendido y se han asentado en la práctica clínica.

La capacidad de poder decidir si una acción es buena y mala, o de poder entender los alcances de la misma en base a sus resultados y de acuerdo a normas sociales, no solo se explica por el desarrollo meramente cognitivo sino también en el desarrollo moral y ahí es donde la teoría de L. Kohlberg es la más importante, aunque Kohlberg al igual que Piaget considera al desarrollo cognitivo como requisito indispensable para el desarrollo moral de la persona. La moral evoluciona en tres niveles: *preconvencional*,

convencional y posconvencional y así mismo se desarrolla gradualmente durante la infancia y adolescencia.

Precisamente cuando el adolescente deja atrás el nivel convencional moral, que es cuando establece su conducta tomando en cuenta los derechos de los demás y por lo tanto realiza sus actos en procura de no lesionar a los demás, y pasa al nivel superior de la moral posconvencional que es el de guiar su conducta no solo en vista a los derechos de los que lo rodean sino siguiendo a principios y normas superiores de lo justo y equitativo es cuando hablamos de una conducta moral integra. Según Kohlberg, cuando el comportamiento se rige por principios abstractos de ley, justicia y de lo que es bueno para la sociedad y no solo para uno mismo o para nuestros amigos o familiares, se habla de completa capacidad moral.

La madurez cognitiva y emocional es esencial para hablar de capacidad de querer y entender un acto, porque como dijo Gisbert Calabuig la inteligencia por sí sola no basta sino la madurez integral que otros autores, J. Tirapu-Ustároz et Al. (2003), conocen como autoconciencia cuya bases neurales se hallan en las cortezas prefrontales, ya que la posición neuroanatómica de éstas favorece este propósito, ya que se ha demostrado que ahí se representan categorizaciones de las situaciones en las que el organismo se ha visto implicado, es decir, clasificaciones de las contingencias de nuestra experiencia vital, en donde como ha observado Mónica Roselli et Al. (2010) el hemisferio derecho juega un papel importante en el procesamiento de señales socioemocionales.

No está probado que la madurez neurocognitiva y moral se alcanza en una misma edad en todas las épocas y en todos los contextos históricos sociales, es así que Chris Brand (1996) dice que de la misma forma que la estatura física media se ha incrementado a lo largo de las generaciones, la gente también se está preguntado si se está produciendo un aumento de la inteligencia. Flynn (1987) demostró el incremento masivo del cociente intelectual en escolares de 14 países estudiados, lo que desde entonces se conoce como el efecto Flynn se lo ha constatado en otros países; por lo que Adrián Furhan (2010) lo relaciona con los cambios en la educación, nutrición, tendencias sociales, implicación de los padres y el entorno social.

Regresando al terreno práctico, se ha visto y constatado la existencia de adolescentes de 16 años o incluso menos que presentan plena capacidad neurocognitiva-moral por lo que el problema también se lo puede plantear en el terreno de la metodología de razonamiento para considerar la edad de imputabilidad, más concretamente al razonamiento basado en casos y al razonamiento basado en reglas o normativas. Como dice Ronald Loui (1999) ambos métodos pueden entrelazarse. Por lo que se podría considerar que las normativas o reglas sociales en algunos países no pueden establecerse solo con base a una baja incidencia estadística de criminalidad juvenil; aquí cada caso tiene propiedades únicas y un conjunto de casos podría ser un corpus de donde podrían surgir cambios a las normas.

Reyes Echandia (2004) establece *el criterio mixto*, que es una combinación de los criterios cronológicos y psicológicos, en donde se fija un límite de edad por debajo del cual el individuo es inimputable; determinase luego otro límite de edad superior, más allá del cual la persona es imputable, pero entre esos dos límites, la imputabilidad o inimputabilidad del sujeto dependen del estudio que particularmente se haga respecto de su discernimiento. Aquí entonces se podría establecer que los menores de 16 son inimputables y los mayores de 18 son imputables quedando la franja de 16 a 18 años en la que habrá de precisarse en cada caso, mediante peritaje psicológico, si son inimputables o imputables.

A modo de conclusión, por todo lo expuesto anteriormente, sería posible sumarse al criterio mixto que debería aplicarse de que la edad de imputabilidad debería ser de 18 años y la de inimputabilidad de 16 años para abajo, y los casos que estén entre 16 a 18 deberían ser juzgados como adultos o como menores de edad dependiendo de su capacidad de discernimiento en base a una evaluación pericial psiquiátrica-psicológica de cada caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Bernar-Noel Tiffon**, PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA, LEGAL, JURÍDICA, CRIMINAL Y FORENSE. Editorial Bosch Penal, Barcelona, 2008.
2. **Carrasco, J. y Maza, J.**, *MANUAL DE PSIQUIATRÍA LEGAL Y FORENSE*, Editorial La Ley, Madrid, 2005.
3. **Furhan, A.**, 50 COSAS QUE HAY QUE SABER SOBRE PSICOLOGÍA, Editorial Ariel, Madrid, 2010.
4. **Gross, R.**, PSICOLOGÍA, LA CIENCIA DE LA MENTE Y LA CONDUCTA, Editorial Manual Moderno, México, 2007.
5. **Gisbert Calabuig, J. A.**, MEDICINA LEGAL Y TOXICOLOGÍA, Editorial Masson, Barcelona, 2001.
6. **Morris, Ch. y Maisto, A.** PSICOLOGÍA, Editorial Pearson, México, 2005.
7. **Roselli, M., Matute, E. y Ardila, A.**, NEUROPSICOLOGÍA DEL DESARROLLO INFANTIL, Editorial Manual Moderno, México 2010.
8. **Reyes Echandia, A.**, IMPUTABILIDAD, Editorial Temis, Bogotá, 2004.
9. **Wilson, R. y Keil, F.**, ENCICLOPEDIA MIT DE CIENCIAS COGNITIVAS, vol. II, Editorial Síntesis, Madrid, 2002.
10. **Stingo, N.**, DICCIONARIO DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA FORENSE,
11. Editorial Polemos, Buenos Aires, 2006.
12. **Tirapu-Ustárrroz, J., M. Muñoz-Céspedes, J., Pelegrín-Valero, C.**
13. REV NEUROL 2003; 36 (11): 1083-1093

Sección VIII

**SALUD MENTAL INFANTO
JUVENIL EN
LATINOAMÉRICA Y EL
CARIBE**



*La palabra progreso no tiene ningún
sentido mientras haya niños infelices*

Albert Einstein

**REALIDAD DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA EN
LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE
PROGRAMAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL**

DRA. EMMA SAAD DE JANON

*Dedicado a quien me permitió una infancia y una adolescencia feliz y
vivida a conciencia; a quien debo una vida llena de amor y sabios
consejos: A mi Madre*

INTRODUCCIÓN

Latinoamérica y el Caribe son regiones en el mundo que poseen la mayor diversidad cultural. En esta parte del continente americano existen más de 400 grupos étnicos diferentes que conviven en condiciones de pobreza, exclusión social y desigualdad, lo que convierte a su vez a estas zonas del planeta en lugares geográficos con la mayor inequidad socio-económica, comparadas con otras partes del mundo (1).

Por otro lado, por todas las estadísticas de las últimas décadas, Latinoamérica y El Caribe constituyen áreas con el mayor índice de violencia de nuestro planeta (1).

Desde el punto de vista Psico-social, los niños y adolescentes de estas regiones crecen y se desarrollan expuestos a diversos factores de riesgo, lo que pone en peligro su salud física, emocional y mental.

Entre los muchos factores que afectan la vida de este grupo etario y sus familias se pueden mencionar, entre otros: la pobreza extrema, el bajo nivel de educación parental, el escaso o nulo acceso a los servicios básicos de sanidad, salud y formación académica.

La pobreza y la desigualdad en la región comienzan al nacer: los niños que nacen en familias pobres tienen mucha más posibilidad de que sus padres tengan bajos niveles de educación, trabajos de baja calidad y salarios bajos.

También tienen mayor posibilidad de carecer de acceso suficiente a servicios públicos como agua y acueducto, salud y educación.

En algunos países muy pocos niños sufren de una o más de estas condiciones, mientras que en otras naciones, la mayoría de los pequeños las padece. Sin embargo, todos los países de la región siguen enfrentando retos para garantizar que todos sus niños y adolescentes tengan igualdad de oportunidades para alcanzar su máximo potencial.

Es muy importante analizar con mayor detenimiento las situaciones que afectan a la población infantil y juvenil de Latinoamérica y El Caribe, para luego plantearse soluciones y programas de cuidado integral para mejorar las áreas básicas de atención: salud, nutrición y educación.

FACTORES DE RIESGO SOCIO-ECONÓMICO Y PSICOSOCIAL EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE (2, 3, 4, 5)

Pobreza

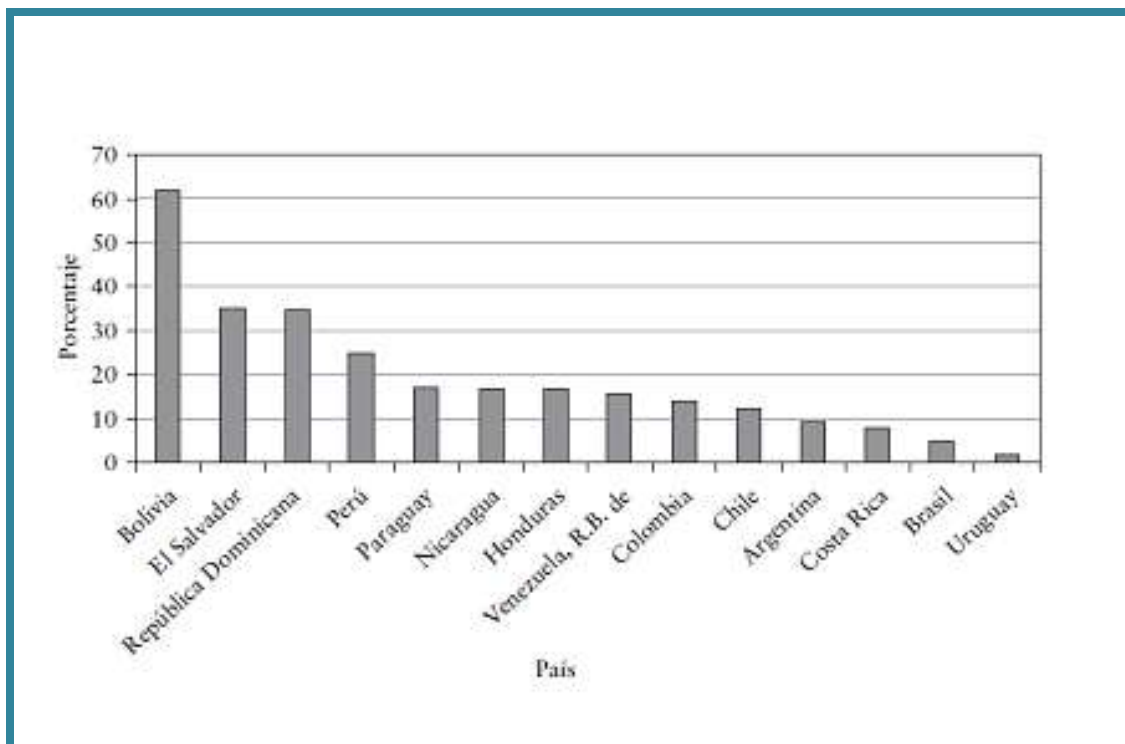
Más de la mitad de los niños y adolescentes de estas regiones viven en condiciones de pobreza, estamos hablando del 60% de los niños menores de 12 años y del 50% de los adolescentes entre los 13 y 19 años de edad; es decir un aproximado de 118 millones de niños y adolescentes.

Algo más de 10% de los niños menores de 5 años en América Latina viven hoy con menos de Us\$1 por día, el punto de referencia para la pobreza extrema.

Los estudios sociales y económicos realizados a nivel mundial demuestran que si no se toman medidas que cambien radicalmente este enorme problema, lamentablemente la *pobreza es transmitida de una generación a otra*, muchas veces agravándose dicha situación.

El **GRÁFICO 1** nos muestra el porcentaje de niños entre 0 y 6 años que habitan en viviendas pobres en ambas regiones del mundo.

GRÁFICO 1: PORCENTAJE DE NIÑOS ENTRE 0 Y 6 AÑOS EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE QUE HABITAN EN VIVIENDAS POBRES



Fuente: cálculos del Banco mundial usando datos de encuestas nacionales SEDLAC c (CEDLAS y Banco mundial, 2007).

Mortalidad infantil

Cerca de 370.000 niños mueren en esta región cada año antes de alcanzar los 5 años de edad por causas que en la mayoría de los casos son posibles de prevenir.

Exclusión al nacer

Un 18% de los nacimientos anuales en la región no son registrados, pero este porcentaje no muestra las grandes diferencias que existen entre países y las disparidades que afectan específicamente a los niños y niñas de las zonas rurales; las poblaciones excluidas (indígenas y afrodescendientes), poblaciones desplazadas y zonas fronterizas y de conflicto. En todos estos casos los porcentajes de niños y niñas que no tienen acceso al registro de nacimiento son siempre mayores.

Lógicamente, sin un certificado de nacimiento, estos niños se tornan *invisibles*, lo que significa que corren el riesgo de que sus oportunidades de educación, salud, derechos legales y humanos les sean negados, lo que puede producir una cadena de violaciones, desde la negación de la matrícula escolar hasta la explotación sexual.

Nutrición

El 20% de los niños menores de 5 años (9 millones de niños) en estas zonas de nuestro Continente sufren de una pobre alimentación, hambre y malnutrición, lo que deriva en deficiencia de las vitaminas y minerales básicos necesarios; aproximadamente el 50% de los niños en esa misma edad sufren de anemia.

La malnutrición severa equivale a una sentencia de muerte.....y la desnutrición crónica a una cadena perpetua.....

Entre las muchas causas que influyen en la baja nutrición de esta etapa están:

- a) baja lactancia materna** exclusiva hasta los primeros 6 meses de vida;
- b) inadecuada o tardía introducción** de la alimentación complementaria con pobre calidad nutricional de los alimentos;
- c) alta prevalencia de diarreas**, de infecciones respiratorias y de otras enfermedades.

Agua, Medio ambiente, Servicios Sanitarios y Vacunación

95% de la población que vive en áreas urbanas en Latinoamérica y El Caribe tiene acceso a fuentes de agua potable apta para beber; por el contrario, en las zonas rurales, sólo el 69% de los habitantes dispone de fuentes de agua, de las cuales únicamente el 14% distribuyen agua potable, lo que deriva en impactos severos en la salud de las comunidades rurales y en la calidad de los recursos hídricos de dichos sectores.

Por otra parte, en esta zona del planeta existen 134 millones de personas que no tienen acceso a los servicios sanitarios básicos.

Más de 300.000 habitantes (de los cuales el 30% son niños menores de 12 años) viven en las calles durmiendo en garajes de reciclaje o en basureros;

muchísimos de ellos trabaja en condiciones extremadamente peligrosas para su salud.

Se estima que cada año 82 millones de niños menores de 5 años no completan su calendario básico y obligatorio de vacunación, lo que los expone a contagios de infecciones que pueden mermar notablemente su salud.

Educación

Alarmante es el dato estadístico de que 2'700.000 niños en Latinoamérica y El Caribe jamás han ido a la escuela. De aquellos que se encuentran en formación académica, 27% abandona la institución escolar antes de terminar la formación primaria de 6 grados básicos.

Aproximadamente el 40% de los niños de estas regiones no se encuentran asistiendo a programas de estimulación y educación temprana.

Los niños y niñas con discapacidades, los indígenas, los afrodescendientes y los que provienen de hogares pobres ubicados en zonas rurales, tienen menores índices de acceso, matrícula y conclusión.

La **CALIDAD** de la educación sigue no cumpliendo con las expectativas.

De los jóvenes entre 15 y 19 años que están en la escuela, el 43,4% está retrasado (alrededor de 11 millones); y que de estos, el 60% está retrasado en tres o más años de estudio respecto de lo que corresponde a su edad.

Exclusión Social

Este gravísimo problema afecta en esta parte del mundo especialmente a los niños y jóvenes contagiados con VIH/SIDA, a los discapacitados físicos y mentales y, de forma dramática, a las comunidades indígenas y descendientes de africanos. Esos niños y jóvenes tienen un nivel menor de educación y de nutrición y escaso o nulo acceso a servicios básicos de saneamiento.

Las tasas más bajas de instrucción están asociadas en su mayoría a las familias pobres de las zonas rurales, a las niñas indígenas y a los niños con alguna forma de minusvalía.

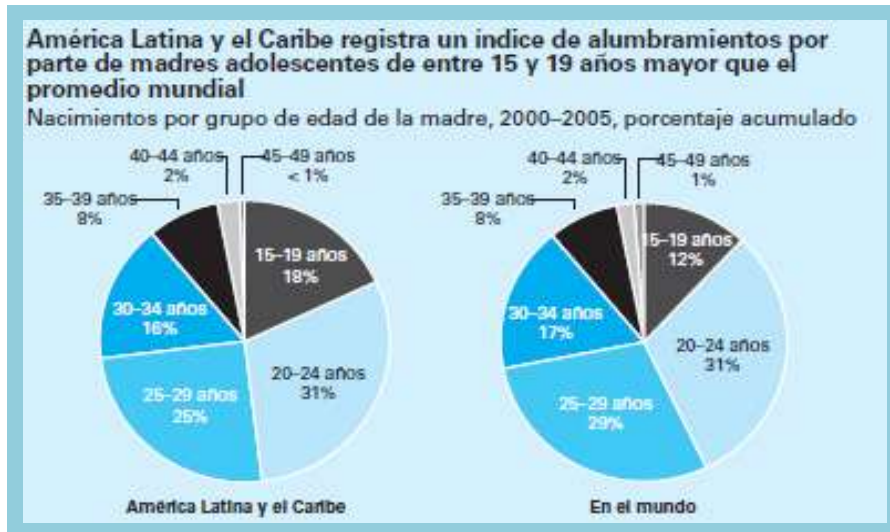
Embarazos en la Adolescencia

Los índices de embarazo en la adolescencia son elevados en América Latina y el Caribe, en particular en Bolivia, Colombia, la República Dominicana, Haití, Honduras, Nicaragua y el Perú. El embarazo prematuro acarrea riesgos significativos tanto para la madre como para el bebé, y a pesar del descenso del índice de fertilidad en la región, la incidencia continuada de un número relativamente elevado de embarazos infantiles constituye un motivo de preocupación.

Las jóvenes adolescentes de entre 15 y 19 años tienen el doble de probabilidades de morir durante el embarazo o el parto que las mujeres que han cumplido los 20 años; en el caso de las niñas menores de 15 años, el riesgo es cinco veces mayor. Los bebés nacidos de una madre adolescente tienen más probabilidades de morir durante el primer mes de vida que aquellos nacidos de madres de más edad. Asimismo, son más proclives a padecer los efectos de una nutrición deficiente, así como un retraso en el desarrollo físico y cognitivo.

Los factores determinantes del embarazo prematuro son en su mayor parte socioeconómicos. La pobreza se considera uno de los factores de riesgo: las niñas más pobres, que cuentan con menos oportunidades, a menudo son menos capaces y se hallan menos motivadas para evitar embarazos imprevistos en la adolescencia. Las normas relativas a los géneros y la posición de desventaja en que se hallan las jóvenes frente a sus compañeros, así como la falta de educación y de conocimientos sobre salud sexual y medidas preventivas entre las adolescentes, son otros factores que pueden dar lugar a embarazos prematuros.

GRAFICO 2



Fuente: Cálculos de UNICEF basados en las Perspectivas de la Población Mundial de las Naciones Unidas, Perspectivas de la población mundial: revisión 2006 de la base de datos sobre población, <<http://esa.un.org/unpp/index>>, consultada el 31 de marzo de 2008.

VIH/SIDA en América Latina y El Caribe

48.000 niños y adolescentes por debajo de los 15 años y 740.000 de los jóvenes y adultos entre 15 y 24 años viven en esta zona del planeta contagiados de VIH/SIDA. Lo que es aún más preocupante es el hecho de que el 90% de ellos adquirieron el virus a través de sus madres durante el embarazo de ellas. Esto nos habla de la deficiencia de programas de prevención para la transmisión del VIH; menos del 30% de las mujeres embarazadas que viven con el VIH, tienen acceso a información que les permita evitar transmitir el virus a sus hijos o procurar tratamiento antirretroviral para tratar de impedir que la enfermedad progrese. Se estima que para este año 2010, el número de niños en Latinoamérica y El Caribe que estarán huérfanos por causa del SIDA será de aproximadamente 1'000.0000.

Migración

De un estimado de 190 millones de emigrantes en el mundo, aproximadamente el 25% (13 millones) son originarios de América Latina y El Caribe.

Estos movimientos migratorios afectan en el aspecto psico-social y socio-económico a las familias que quedan en el país de origen, especialmente a los hijos que se quedan sin uno o ambos progenitores por largo tiempo o indefinidamente. Sin embargo no hay que olvidar que existen un gran porcentaje de niños y adolescentes que también emigran con o sin sus padres en busca de mejores oportunidades de vida. En 2007, en la frontera sur de Estados Unidos, más de 5,700 niños, niñas y adolescentes centroamericanos fueron repatriados a sus países de origen (Guatemala, Honduras, El Salvador y Nicaragua) desde México (ver recuadro abajo). En su intento por cruzar la frontera, los niños migrantes son muy vulnerables a la explotación, a la trata y a ser víctimas de la delincuencia.

Tanto los “dejados atrás” (que quedan en el país de origen) como aquellos que emigran son menores de edad extremadamente vulnerables a las diferentes formas de violencia y explotación. Aquellos que pasan a vivir a otros países son muchas veces discriminados, excluidos socialmente y les son negados sus derechos a educación, salud y cultura.

Violencia, Abuso sexual y Explotación sexual

Al ser estas dos regiones de las más violentas, quizás las más violentas del mundo, es indiscutible que este factor es uno de los de mayor riesgo para la población infanto juvenil.

Aproximadamente 6 millones de niños y adolescentes menores de 18 años son víctimas de abusos y maltratos físicos; de ellos mueren cerca de 85.000 por año a causa de la violencia doméstica, especialmente de la violencia parental.

Las prácticas de crianza en América Latina y El Caribe tienen un impacto directo sobre los resultados en las primeras etapas de la infancia, en particular en el desarrollo socioemocional. Los padres más pobres tienden a interactuar menos con sus hijos y a proceder con más castigos, que los padres con ingresos más altos.

Los homicidios representan el 30% de las causas de muerte de la población infanto-juvenil entre los 10 y 19 años de edad.

Por otro lado, en muchas instituciones educativas de varios países de estas regiones el castigo físico (muchas veces severo) es una práctica disciplinaria común, aceptada y mantenida por el sistema de creencias.

Frecuentemente la respuesta que las instituciones dan a los niños desamparados, a los niños que están en la calle y a cuyos padres no pueden brindarles el cuidado que necesitan, es el confinamiento en centros. Se estima que en países como Brasil, Colombia y Bolivia la cifra de niños, niñas y adolescentes viviendo en instituciones por razones de protección asciende a más de 25,000 respectivamente en los dos primeros casos, y casi a 15,000 en el caso de Bolivia.

La violencia doméstica en estos países está frecuentemente relacionada al abuso sexual. Los diferentes estudios, que son muy escasos, realizados en esta parte del planeta revelan que aproximadamente el 70% de las víctimas son del sexo femenino, aunque existen también otras investigaciones que demuestran que el porcentaje de varones menores de 18 años abusados sexualmente ha ido paulatinamente en aumento. En el 75% de los casos el abusador es un pariente cercano, amigo de la familia o vecino de la misma, y en un alto porcentaje vive dentro del mismo hogar que la víctima.

1,2 millones de niños y niñas son víctimas de la trata cada año y que 2 millones son explotados sexualmente por medio de la prostitución y la pornografía. Aproximadamente el 80% de las mujeres que se prostituyen fueron abusadas sexualmente en sus casas cuando eran niñas. Muchos de los niños y niñas víctimas de explotación sexual y trata no tienen acceso a la escuela o a servicios básicos de salud, son víctimas de embarazos no deseados, de abortos clandestinos, de violencia física y psicológica, y de enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA.

Explotación Laboral

Más de 5,7 millones de niños y adolescentes entre 5 y 14 años trabajan, de ellos el 15% mayoritariamente en actividades relacionadas a la agricultura, en el sector urbano informal y en tareas domésticas en casas particulares.

Estimados regionales demuestran que existen más de 2 millones de niñas menores de 15 años trabajando como empleadas domésticas y como niñeras. 12,6 millones de la población infanto-juvenil que labora en estas regiones lo hacen en condiciones de riesgo y en tareas prohibidas para su edad.

Conflictos armados

Se calcula que 14.000 niños y adolescentes menores de 18 años están involucrados de alguna forma en los conflictos armados de Latinoamérica y El Caribe, casi la mitad de ellos son de Colombia forzados a participar en los conflictos armados de ese país.

Los menores que se encuentran bajo estas circunstancias sirven no sólo como combatientes, sino también como cocineros, mensajeros y muchísimos casos son obligados a actividades sexuales a cambio de vivienda, ropa y protección.

REALIDAD DE LA SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE (12)

Las naciones en Latinoamérica y El Caribe tienen complejos problemas en el tratamiento de la Salud Mental de sus niños y adolescentes, son quizás de los países en el mundo que mayores dificultades presentan en este aspecto.

Por un lado, aproximadamente el 20% de la población infanto juvenil en estas regiones sufre de problemas que demandan la intervención de los servicios de Salud Mental, problemas que están estigmatizados socialmente, lo que conlleva a que los que sufren este tipo de trastornos sean discriminados y excluidos.

Otro de los graves problemas es la escases y muchas veces la ausencia de políticas nacionales y seccionales de Salud, especialmente de Salud Mental, específicas para niños y adolescentes en la mayoría de los países de estas zonas del planeta.

Estas circunstancias evidencian la necesidad urgente de estudios epidemiológicos en Latinoamérica y El Caribe, de manera que los resultados que se obtengan permitan el desarrollo de Políticas y Programas de Cuidados Integrales y Salud Mental para los afectados con este tipo de problemática en este grupo etario.

Algunos datos obtenidos de estudios realizados en el ámbito educativo, clínico psiquiátrico o en atención primaria deben ser tomados con mucha precaución, pues muchísimos niños no están escolarizados y/o no acuden a los servicios de Salud Mental por los problemas socio-económicos analizados al inicio de este artículo, lo que significaría que estos resultados no reflejan la real problemática de la población infanto-juvenil en este ámbito. Por otro lado, la mayoría de las investigaciones epidemiológicas que se han realizado en los países latinoamericanos y caribeños han utilizado instrumentos de diagnóstico de países desarrollados, los mismos que no han sido validados y adaptados a la realidad socio-económica y socio-cultural de estas zonas.

Son muy escasos los estudios conducidos a investigar cómo influyen los factores de riesgo y protección en la prevalencia de los trastornos emocionales y mentales de la población infanto juvenil de América Latina y El Caribe. Los resultados obtenidos de estos estudios muestran altos porcentajes de prevalencia de uso y abuso de alcohol y drogas en poblaciones especiales de niños y adolescentes: los que viven en la calle, los que trabajan y los que están involucrados en conflictos políticos y armados.

Recientemente, un estudio muy bien diseñado en Brasil, pero que sin embargo se basó solamente en una muestra en niños escolarizados en una parte concreta de dicho país, se realizó para investigar la prevalencia de problemas psiquiátricos en niños y jóvenes entre 7 y 14 años de edad en la clase media urbana de la ciudad de Sao Paulo y en sus poblaciones rurales aledañas. La muestra utilizada fue de 1.251 personas, que representaba el 83% de la población infanto-juvenil total del sector escogido. La prevalencia de trastornos psiquiátricos en todos los grupos estudiados fue de 12,7%. Los trastornos de conductas disruptivas (oposicionista desafiante y otros trastornos de conducta) fueron los de mayor prevalencia: 7.0%; 95% CI = 5.1%– 8.9%, seguidos de los trastornos de ansiedad: 5.2%; 95% CI =

3.4%–7.0%. Menor prevalencia se encontró en los trastornos hipercinéticos: 1.8%; 95% CI = 0.7%–2.8%, así como en los trastornos depresivos: 1.0%; 95% CI = 0.2%–1.9%.

El hallazgo de una prevalencia total de 12,7% de trastornos psiquiátricos en este grupo fue significativamente mayor a la prevalencia de 9,7% encontrada en un estudio realizado en Gran Bretaña usando procedimientos y métodos diagnósticos similares.

PROGRAMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL Y POLÍTICAS DE PREVENCIÓN

La atención integral de la Salud Mental de la población infanto juvenil incluye un conjunto de medidas sanitarias, socio-culturales, científico-técnicas, económico-políticas, legislativas, éticas y organizacionales que suponen una visión compleja de la vida del sujeto y la dinámica social. Dicha atención debe ser orientada hacia la promoción y protección de la salud mental y de la identificación y atención de poblaciones en riesgo.

Los niños y adolescentes en Latinoamérica y El Caribe necesitan para su óptimo desarrollo un ambiente de protección y políticas gubernamentales que permitan la validación progresiva de sus derechos (13, 14).

Cuando se habla de atmósfera de protección, se hace referencia a que esta población se desarrolle y desempeñe en un ambiente que les permita el acceso a los servicios básicos y a medidas de rehabilitación, que promueva su preparación y fortalezca las capacidades de las familias y las comunidades, que se base en compromisos gubernamentales amparados en leyes que abran el debate político y regulen las denuncias de irregularidades y monitoreen las políticas de prevención, para evitar las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de situaciones de violencia, explotación, abandono y conflictos políticos y armados. (Ver **GRÁFICO 3**)

GRÁFICO 3: DISEÑO DE UNA ATMÓSFERA DE PROTECCIÓN PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE



Fuente: Progreso para la Infancia – Un balance sobre la protección de la niñez, Septiembre 2009

Por otra parte, la validación progresiva de los derechos infanto juveniles debe lograrse desarrollando condiciones equitativas de vida a través de una normativa legal elaborada en el ámbito institucional y político que permita que el presupuesto general de las naciones invierta recursos en programas de educación, nutrición, salud, saneamiento y protección social, para lograr mayor acceso a los servicios de atención primaria y especializada de la salud, así como una educación, nutrición y servicios sanitarios básicos de mejor calidad. (Ver **GRÁFICO 4**)

GRÁFICO 4: ESQUEMA DE LA VALIDACIÓN PROGRESIVA DE DERECHOS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE



Fuente: Unicef, Oficina Regional para América Latina y el Caribe (2005)

Una infancia infeliz puede ser predictiva de una salud mental enferma en el adulto.

Los estudios retrospectivos y prospectivos han demostrado claramente:

- La marginación genera delincuencia.
- El abuso sexual es un factor de riesgo para las conductas suicidas y un factor reconocido para la génesis del trastorno fronterizo de la personalidad.
- Los niños con TDA tienen más probabilidades de ser adictos, presentar diversos trastornos de ansiedad, depresión y marginación y fracaso laboral.

Los tres principales resultados de programas de estimulación y educación temprana determinan oportunidades y resultados a largo plazo y duraderos:

- Desarrollo cognitivo, incluye la adquisición de lenguaje y destrezas de lectura y escritura;
- Desarrollo socioemocional, incluye la capacidad para socializar con los demás; y
- Bienestar físico y crecimiento, abarca estatura, peso, estado nutricional y otros indicadores físicos. Los tres resultados se consideran interdependientes, especialmente en cuanto al desarrollo cognitivo y socioemocional.

El contexto macro (es decir, el contexto económico, político y social) afecta la naturaleza y alcance las políticas sociales las cuales, a su vez, influyen directamente sobre el bienestar de los niños y las niñas, el tipo de programas disponibles para los pequeños y sus cuidadores, y las organizaciones que los dirigen.

El contexto micro (la interacción entre un niño y su cuidador primario durante los primeros años) determina para el infante una trayectoria que afectará su desarrollo futuro en la adolescencia y vida adulta.

Los programas de desarrollo temprano de la niñez comprenden una serie de intervenciones en los ámbitos de la educación, nutrición y salud, para lograr una estimulación emocional y social adecuada en los niños desde su nacimiento hasta los 6 años de edad. Todas estas técnicas deben ser integradas en como un conjunto para lograr éxitos en la vida futura de esta población. Investigaciones a nivel mundial han demostrado que ayudando a los niños en las etapas primarias de sus vidas con este tipo de programas de desarrollo el efecto se multiplica en la sociedad, pues, como bien señalan los expertos, el buen desarrollo de los infantes en todos los aspectos es una de las mejores formas de combatir la desigualdad (14).

La educación de calidad de los niños y adolescentes es una de las mejores herramientas para luchar contra la pobreza y para el progreso de las comunidades. Hay estudios que muestran que por cada dólar invertido en programas de educación temprana, el retorno a la sociedad se multiplica 17 veces.

Es imprescindible reducir la malnutrición, especialmente de la población comprendida entre los 0 y 3 años de edad, para evitar el mal desarrollo de las estructuras cerebrales. Está demostrado también que una reducción del 1% del porcentaje de desnutrición puede verse reflejado en la disminución de un 4% de la pobreza de una comunidad determinada (13).

La prevención de enfermedades es la mejor forma de combatir la mortalidad infantil.

Estos programas tienen metas comunes, como:

- Fortalecimiento del desarrollo infantil temprano en la vida, incluido el desarrollo socioemocional y cognitivo, crecimiento físico y bienestar;
- Ampliación de los cuidados prenatales de la madre; y
- Educación para los padres y/o cuidadores sobre mejores prácticas de crianza, salud e higiene. Estos programas en la región afectan, por consiguiente, a los niños desde su nacimiento hasta la edad de 6 años, a sus madres, cuidadores, guarderías, preescolares, centros de salud y comunidades.

Estas políticas de corte familia-amigables no sólo benefician al núcleo familiar sino también a las comunidades y a la sociedad en general.

Con base en la amplia evidencia de los numerosos beneficios de las intervenciones de desarrollo en la temprana infancia en naciones desarrolladas y en desarrollo, estos programas debe ser una prioridad nacional en América Latina y El Caribe.

Se puede hacer mucho para superar las desventajas socioeconómicas, facilitando la vivencia de experiencias positivas que promuevan el desarrollo cerebral en los años de la temprana infancia, como estimular las interacciones positivas entre un niño(a) y su entorno y contrarrestar los efectos negativos producto de estimulación y cuidado deficientes.

En síntesis, la temprana infancia presenta una ventana fundamental de oportunidades donde las intervenciones pueden influir en el desarrollo saludable de niños y jóvenes. En consecuencia, las políticas y los programas dirigidos al desarrollo de la infancia en sus primeros años de vida pueden tener un impacto duradero en el desarrollo humano.

Los países de la región, en promedio, gastan menos de 1% de su Producto Interno Bruto para la educación en la temprana infancia.

En la región de América Latina y El Caribe, Chile y Jamaica quizá son los dos países con el más fuerte apoyo político para los programas de educación y estimulación temprana.

Se debe acotar también que las políticas de Salud Mental se deben basar en la prevención de la violación de los derechos de la población a través de programas de información, psicoeducación, entrenamiento, comunicación y campañas de publicidad. El éxito de estas políticas se debe medir a través de (14):

- Mejora en la prevención del maltrato infantil
- La promoción y participación en el desarrollo de leyes que mejoren la situación de los niños y adolescentes y defiendan sus derechos humanos
- Reintegración de los adolescentes de alto riesgo al sistema educativo y/o su entrenamiento en actividades laborales y prácticas aptas para su edad
- Creación de una base de datos de las familias en riesgo
- Aceptación de un modelo ecosistémico para los servicios de atención integral

Para lograr esto se necesitan el cumplimiento de algunos aspectos (15):

- Programas para la Salud Mental infanto juvenil que promuevan la movilización de la comunidad y la formación y mejora de las redes sociales
- Intervenciones simples, integrativas y poco costosas
- De ser posible, un control directamente en el hogar a través de personal especializado de los infantes desde el período pre-natal hasta la edad de 3 años, vigilando conjuntamente con la familia la salud física y mental de estos menores
- Los servicios de Salud Mental infanto juveniles deben adecuarse a poblaciones especiales: discapacitados, refugiados, emigrantes, victimizados, abandonados; niños y jóvenes que viven en la calle;

adolescentes embarazadas, tomando siempre en cuenta la multiculturalidad de estas regiones del planeta.

- Motivar a los profesionales de la Salud Mental infanto-juvenil a trabajar activamente y en forma multidisciplinaria e integrada con las escuelas, los servicios de atención primaria y con aquellos profesionales que trabajan en otros servicios que prestan atención a la salud

Los perfiles demográfico y epidemiológico de la Región ponen de manifiesto la necesidad de que se amplíe el campo de competencia de las acciones de Salud Mental y se enfatice la detección temprana y atención de los problemas psicosociales y trastornos mentales de la población infanto juvenil en la atención primaria.

Se requiere un verdadero compromiso de los líderes políticos para realizar intervenciones de base amplia que apoyen el desarrollo en la primera infancia.

Hay que recalcar para concluir que los niños y adolescentes en Latinoamérica y El Caribe necesitan programas de Cuidado Integral y de Salud Mental que se basen en la ciencia, el apoyo comunitario y la defensa irrestricta de sus derechos humanos, pues esta población constituye sin temor a equivocarse el presente y futuro de la humanidad.

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

A José Luis Pedreira Massa por toda su ayuda, por sus brillantes aportaciones y sugerencias académicas así como por su compromiso irrestricto con este proyecto que ahora es una realidad.

A la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y a la Fundación ALAS por su disposición inmediata de apoyo.

A mis compañeros y amigos de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), también editores de este libro: a Edgard Belfort y Enrique Camarena por la enorme confianza depositada en mi persona, y muy especialmente a Rodrigo Chamorro y a Juan Carlos Martínez por su apoyo incondicional en lo científico y emocional durante estos meses del proyecto.

A la Sra. Silvia Ordóñez por su invaluable colaboración en la edición de este libro.

A todos y cada uno de los autores de este texto que entregamos a Iberoamérica pensando esencialmente en quienes son nuestro futuro: los niños y adolescentes del mundo.

BIBLIOGRAFÍA

1. UNICEF, Regional Office for Latin America and the Caribbean. “Unicef in Latin America and the Caribbean”, 2008; [http://www.unicef.org/lac/UNICEF_INGLES\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/UNICEF_INGLES(1).pdf)
2. UNICEF, Regional Office for Latin América and the Caribbean, en www.unicef.org/lac
3. Vegas E, Santibáñez L, “La Promesa del Desarrollo en la Primera Infancia en Latinoamérica y El Caribe”; Banco Mundial y Mayol Ediciones; Bogotá, Colombia, 2010; <http://siteresources.worldbank.org/INTLAC/Resources/PromesaDesarrolloTemprano.pdf>
4. Secretaría de Desarrollo Infantil Temprano para América Latina y el Caribe, “El Desarrollo Infantil Temprano en América Latina: Un Compromiso con el Futuro de la Región”; Estoril, Portugal, 2009; www.fundacionalas.org/DOCUMENTS/Reporte%20Situaci%20en%20Am%20Latina.pdf
5. Movimiento ALAS, “¿Qué es el desarrollo infantil temprano?”, en http://www.movimientoalas.org/default_es.asp
6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), “La Pobreza Infantil en América Latina” en DESAFÍOS; Naciones Unidas, Boletín Septiembre 2005
7. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), “Maltrato Infantil: una dolorosa realidad puertas adentro” en DESAFÍOS; Naciones Unidas, Boletín Julio 2009
8. Pinheiro S, “Acabar con la violencia contra los niños, niñas y adolescentes”; Estudio del Secretario General sobre Violencia Contra los Niños – UNICEF
9. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), “Maternidad Adolescente en América Latina y El Caribe” en DESAFÍOS; Naciones Unidas, Boletín Enero 2007
10. UNICEF, “Estado Mundial de la Infancia en América Latina y El Caribe 2008”

11. Saad E, Saad J, Cueva E, Hinojosa W, “Causas socio económicas de la emigración en el Ecuador y su impacto en la adolescencia”, Revista Tecnológica, Edición Especial ESPOL Ciencia 2003
12. Saraceno B, Saxena S, Caraveo-Adnuaga JJ, Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Revista Panameña de Salud Pública 2005;18(4-5):229-240
13. UNICEF, “Progreso para la Infancia – Un balance sobre la protección de la niñez”, Número 8 - Septiembre 2009
14. UNICEF, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, “Argumentos y Herramientas para contribuir a la inversión social a favor de los niños y adolescentes de América Latina y El Caribe”, 2006
15. Rodríguez J; “La atención de Salud Mental en América Latina y el Caribe”, Revista Psiquiatría del Uruguay 2007;71(2):117-124



ES-02 242-7721



EL PERÚ PROTEGE SUS TESOROS NACIONALES

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.



CAPÍTULO 33

PROTEGIENDO EL FUTURO

**LAS NACIONES UNIDAS Y SUS AGENCIAS EN LA DEFENSA DE
LOS DERECHOS DE LA POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN
LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE**

**TRANSCRIPCIÓN TEXTUAL DE LOS DATOS DE N.N.U.U. Y
UNICEF**

LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

UN PLAN PARA EL PROGRESO

En septiembre de 2000, la Cumbre del Milenio congregó en la sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, al mayor número de dirigentes mundiales de la historia de la humanidad. En esa fecha de importancia crucial, los representantes de 189 estados miembros de las Naciones Unidas se reunieron para reflexionar acerca del destino común de la humanidad. Sin embargo, las vidas de los ciudadanos de esas naciones eran de índole muy dispar. Mientras algunos estados podían esperar del futuro la prosperidad y la cooperación mundial, otros carecían casi de futuro, ya que sus habitantes se encontraban atrapados en unas condiciones de pobreza miserable e interminable, bajo las repercusiones de los conflictos y de un medio ambiente cada vez más degradado. Unos 1.100 millones de personas estaban obligadas -y aún lo están- a sobrevivir con menos de un dólar americano al año, y un 30% de ellas eran niños y niñas. Aún hoy en día, e incluso en los países más ricos del mundo, uno de cada seis niños se encuentra por debajo del nivel nacional de pobreza.

Otros detalles sobre los desafíos que confronta la humanidad: **casi 11 millones de niños y niñas mueren anualmente antes de cumplir cinco años de edad.** Esto equivale a más de 29.000 muertes por día debidas, en la mayoría de los casos, a causas prevenibles. Los que sobreviven sufren las consecuencias de otras carencias graves, como la desnutrición que provoca cortedad de talla e incapacidad; la falta de acceso a la atención de la salud y a la educación, y mayores probabilidades de ser víctimas de la explotación, la violencia y el VIH/SIDA.

Un estudio que llevaron a cabo la Universidad de Bristol y el Colegio de Economía de Londres con el patrocinio de UNICEF llegó a la conclusión de que más de 1.000 millones de niños y niñas -que constituyen más de la mitad de la población infantil de los países en desarrollo- sufren carencias graves en un aspecto por lo menos.

Con el propósito de comenzar a dar respuesta ante tales crisis, los dirigentes que se reunieron en Nueva York en 2000 elaboraron la **Declaración del**

Milenio, que consiste en una serie de prioridades colectivas en materia de paz y seguridad, lucha contra la pobreza, el medio ambiente y los derechos humanos. Se trata de medidas imprescindibles para lograr el progreso de la humanidad así como la supervivencia inmediata de una parte importante de la misma. También acordaron que el desarrollo humano resulta fundamental para el progreso social y económico sostenido en todos los países del mundo, y que constituye asimismo un componente importante de la seguridad mundial.

Tras mantener reuniones con los representantes de diversos organismos mundiales, la delegación elaboró un plan para un futuro mejor: **los Objetivos de Desarrollo del Milenio**. Esos dirigentes se comprometieron a que, para 2015, el mundo habría de lograr avances mesurables en las principales esferas del desarrollo humano. Esos objetivos establecen los parámetros para medir los resultados, y no sólo los de los países en desarrollo sino también los de aquellos que aportan fondos para programas de desarrollo e instituciones multilaterales como el Banco Mundial y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, que a su vez ayudan a los países en la implementación de esos objetivos.

Aunque los objetivos del Milenio abarcan a toda la humanidad, se refieren principalmente a la infancia.

Seis de los ocho objetivos se refieren directamente a la infancia. El logro de los dos últimos también traerá aparejadas mejoras fundamentales en las vidas de los niños y niñas. La conquista de los objetivos del Milenio reviste la mayor importancia en el caso de la infancia. Los niños son más vulnerables en la medida en que la población en general carece de elementos esenciales como alimentos, agua, saneamiento y atención de la salud. También son los primeros que mueren cuando sus necesidades básicas no son satisfechas. Todos los niños y niñas nacen con derecho a la supervivencia, a la alimentación y nutrición, a la salud y la vivienda, a la educación y a la participación, la igualdad y la protección. Se trata de derechos consagrados, entre otros, en la **Convención sobre los Derechos del Niño**, el tratado internacional de derechos humanos de 1989. La Convención ha sido ratificada por 192 naciones; es decir, por todos los países del mundo con dos excepciones. *La consecución de los derechos*

humanos básicos estipulados en la Convención requiere el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Debido a que las labores de lucha contra la pobreza comienzan con la infancia, ayudar a que los niños y niñas desarrollen su pleno potencial también constituye una inversión en el progreso de toda la humanidad.

En su carácter de agencia de las Naciones Unidas, UNICEF es el único organismo intergubernamental dedicado exclusivamente a la niñez, y recibe de los gobiernos del mundo el mandato de fomentar y proteger los derechos y el bienestar de la infancia. Junto con otros organismos de las Naciones Unidas y aliados de todo el mundo, UNICEF ha incorporado los objetivos del Milenio a su mandato.

Nacieron así los **8 Objetivos de Desarrollo del Milenio**, avalados por las Naciones Unidas, que, divididos en 18 metas y 48 indicadores, constituyen el marco de acción para UNICEF hasta el año 2015.

OBJETIVO 1: ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE

Metas para 2015:

- *Reducir a la mitad el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día es decir el porcentaje de personas que padecen hambre.*

Más de 1000 millones de niños y niñas sufren una grave carencia de por lo menos uno de los bienes y servicios necesarios para sobrevivir, crecer y desarrollarse. En algunas regiones del mundo la situación es peor que en otras, pero incluso dentro de un mismo país pueden haber amplias disparidades. Alrededor de 300 millones de niños y niñas se van hambrientos a la cama de todos los días.

UNICEF responde mediante:

- Fomento de las capacidades nacionales para brindar atención primaria de la salud.
- Apoyo a una buena nutrición.
- Asistencia para la mejora del agua y el saneamiento.
- Crear un entorno protector para la infancia.

- Promoción, concientización y asistencia en la formulación de políticas que favorezcan el bienestar de la infancia.

OBJETIVO 2: LOGRAR LA ENSEÑANZA PRIMARIA UNIVERSAL

Metas para 2015:

- *Velar por que todos los niños y niñas puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria*
- *Eliminar las disparidades entre los géneros en la educación primaria y secundaria.*

Según los cálculos de 2001, alrededor de 115 millones de niños y niñas en edad escolar primaria, la mayoría niñas, no asisten a la escuela.

Privar al niño o niña del acceso a una educación de calidad aumenta las posibilidades de que sea víctima del abuso, la explotación y la enfermedad. Las niñas están incluso más expuestas que los niños al riesgo de sufrir abusos cuando no van a la escuela.

UNICEF responde mediante:

- La participación en tareas de difusión y promoción.
- "Acompañar" a los países en la formulación de políticas educativas y su implementación.
- Promoción de la atención y el desarrollo de la primera infancia para asegurar un "buen comienzo" en la educación.
- Intensificar las alianzas para la educación de las niñas.
- Ayudar a las escuelas a proporcionar suministros, agua potable y saneamiento.
- Proteger el derecho a la educación en las situaciones de emergencia.

OBJETIVO 3: PROMOVER LA IGUALDAD ENTRE LOS GÉNEROS Y LA AUTONOMÍA DE LA MUJER

Metas para 2015:

- *Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza para 2015*
- *Promover la autonomía de la mujer.*

Dos terceras partes de los 799 millones de analfabetos mayores de 15 años que hay en el mundo son mujeres.

Muchos niños y niñas en los países en desarrollo comienzan sus vidas sin disponer de la nutrición, el aprendizaje y la protección adecuados. Y son las mujeres y las niñas quienes sufren en mayor medida este problema. Son más vulnerables a la explotación.

Como adultas sin escolarización, estas niñas tienen menos posibilidades de expresar su opinión en los planos social y político, y de mantenerse económicamente a sí mismas.

UNICEF responde mediante:

- Matricular a las niñas en entornos educativos de calidad y ayudarlas a mantenerse.
- Ayudar a las mujeres y las niñas a evitar el VIH/SIDA.
- Mejora de la salud de la maternidad.
- Ofrecer a las niñas un buen comienzo en la primera infancia.
- Promover la protección de la infancia.
- Aumentar el acceso al agua y el saneamiento.

OBJETIVO 4: REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL

Metas para 2015:

- *Reducir la mortalidad en la infancia en dos terceras partes, de los 93 niños por cada 1000 que morían antes de cumplir cinco años en 1990, a 31 por cada 1000 en 2015.*

Alrededor de 29.000 niños y niñas menores de cinco años- 21 por minuto- mueren todos los días, especialmente de causas que se podrían evitar.

Más de un 70% de los casi 11 millones de muertes infantiles que se producen todos los años se deben a seis causas: la diarrea, el paludismo, las infecciones neonatales, la neumonía, el parto prematuro o la falta de oxígeno al nacer.

Estas muertes se producen sobre todo en el mundo en desarrollo. Dos terceras partes de las muertes ocurren en solamente 10 países. Y la mayoría se pueden evitar.

Pero las enfermedades no son inevitables, ni tampoco los niños enfermos tienen por qué morir. Las investigaciones y la experiencia indican que 6 millones de los casi 11 millones de niños y niñas que mueren todos los años podrían salvar la vida por medio de medidas nada sofisticadas.

UNICEF responde mediante:

- La provisión de intervenciones de salud y nutrición de gran impacto.
- Mejorar las prácticas de atención familiar.
- Aumentar el acceso al agua y el saneamiento mejorados.
- Responder rápidamente a las situaciones de emergencia.

OBJETIVO 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA

Metas para 2015:

- *Reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad derivada de la maternidad.*

Cada minuto muere una mujer debido a complicaciones derivadas del parto -alrededor de 529.000 todos los años- y la gran mayoría son de países en desarrollo.

Las causas directas de la mortalidad derivada de la maternidad son la hemorragia, las infecciones, el parto obstruido, los trastornos hipertensivos del embarazo y las complicaciones derivadas de los abortos realizados en condiciones peligrosas.

La infección por VIH es una amenaza cada vez mayor. La transmisión de madre a hijo del VIH en entornos de escasos recursos, especialmente en aquellos países donde la infección entre los adultos sigue aumentando o se ha estabilizado a niveles muy elevados, sigue siendo un importante problema, ya que hasta un 45% de las madres VIH-positivas transmiten la infección a sus hijos.

Una gran mayoría de estas muertes y discapacidades se pueden prevenir, ya que sobre todo se deben a una atención insuficiente durante el embarazo y el parto.

UNICEF responde mediante:

- Ayudar a mejorar la atención obstétrica de emergencia.
- Sentar las bases de una buena atención prenatal.

- Ayudar a evitar la transmisión del VIH de madre a hijo.
- Matricular a las niñas en la escuela.

OBJETIVO 6: COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES

Metas para 2015:

- *Detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/SIDA*
- *Detener y comenzar a reducir la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves*

El paludismo mata a un niño en algún lugar del mundo cada 30 segundos. La enfermedad puede llegar a ser cruel para la infancia, especialmente cuando se combina con la pobreza, un factor que afecta a gran parte del mundo en desarrollo. Cuando no hay una buena nutrición, saneamiento y atención de la salud, el VIH/SIDA, el paludismo, el sarampión, la poliomielitis y la tuberculosis significan la muerte segura para millones de niños y niñas que en otras partes podrían sobrevivir y florecer.

Solamente el SIDA ha costado la vida de más de 20 millones de personas y podría costar muchas más vidas si se mantienen las tendencias actuales. Alrededor de 500.000 niños y niñas menores de 15 años murieron a causa de la enfermedad solamente el año pasado.

UNICEF responde mediante:

- Un enfoque sobre el VIH y la infancia.
- Trabajar con los aliados para hacer retroceder el paludismo.

OBJETIVO 7: GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL MEDIO AMBIENTE

Metas para 2015:

- *Reducir a la mitad la proporción de personas sin acceso al agua potable y saneamiento básico.*

Un niño muere cada 15 segundos debido a enfermedades que se pueden atribuir al agua contaminada, el saneamiento deplorable y una higiene deficiente.

En 2002, una de cada seis personas en todo el mundo -1.100 millones en total- carecían de acceso al agua potable. Alrededor de 400 millones eran niños y niñas. Cuatro de cada 10 personas en todo el mundo carecen de acceso a una simple letrina. Y más de 614 millones de niños y niñas tienen que vivir en hogares donde hay más de cinco personas por habitación y los suelos son de barro.

UNICEF responde mediante:

- Ayudar a los gobiernos a mejorar la tecnología y la educación sobre la higiene.
- Promover una serie de instalaciones apropiadas y de bajo costo de saneamiento, agua y lavado de manos.
- Ayudar a las escuelas a ofrecer un buen comienzo a los niños y niñas.
- Realizar intervenciones de emergencia.

OBJETIVO 8: FOMENTAR UNA ASOCIACIÓN MUNDIAL PARA EL DESARROLLO

Metas para 2015:

- *Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto que incluya el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos, el desarrollo y la reducción de la pobreza, en cada país y en el plano internacional.*
- *Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados y de los países en desarrollo sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo.*
- *Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo.*
- *Proporcionar a los jóvenes un trabajo digno y productivo.*
- *En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo.*
- *En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular, los de las tecnologías de la información y de las comunicaciones.*

Con el fin de cumplir el Objetivo 8, UNICEF ha decidido reorganizar sus capacidades y reforzar su enfoque hacia las alianzas para convertirse en un aliado y promotor incluso más eficaz y más digno de confianza. Fortalecerá también su apoyo a los niños, las niñas y los jóvenes como aliados y participantes en la toma de decisiones sociales.

Alianzas en marcha con:

- Los Comités Nacionales
- Los gobiernos
- Las empresas
- Organizaciones no gubernamentales y fundaciones
- Las instituciones educativas
- Organizaciones basadas en la comunidad
- Los niños y niñas del mundo

PANORAMA GENERAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Para la promoción y cumplimiento de estos Objetivos, UNICEF en **América Latina y el Caribe**, ha identificado 7 prioridades en sus Planes Estratégicos de Trabajo:

- 1. Supervivencia y desarrollo del niño pequeño**
- 2. Educación básica e igualdad entre los géneros**
- 3. VIH/SIDA y la infancia**
- 4. Protección frente a la violencia, la explotación y el abuso**
- 5. Promoción de políticas y alianzas a favor de los derechos del niño**
- 6. Desarrollo adolescente**
- 7. Poblaciones excluidas**

Sólo será posible alcanzar estas metas si se protegen los derechos de la infancia en salud, educación, protección e igualdad.

En AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, la situación de la infancia y sus derechos, establecidos en la Convención sobre los Derechos del Niño y de la Sesión Especial de las Naciones Unidas, se ha colocado progresivamente en las agendas regionales, como es el caso del Plan de Acción para la Infancia Iberoamericana o de la Declaración de Lima, adoptadas en la XI

Cumbre Iberoamericana, donde los Presidentes de la región se comprometieron con la infancia.

Por su parte, la Comunidad Caribeña (CARICOM) , concentra sus esfuerzos en el monitoreo del avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La definición de dichos objetivos contribuyó asimismo a la identificación por parte de UNICEF de las amenazas más graves que ponen en peligro la región:

- la disparidad que afecta a más de la mitad de los niños y niñas;
- la violencia, que está afectando a más de 6 millones de niños, niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe;
- el VIH/SIDA, con el que viven más de 2.1 millones de personas;
- la exclusión social, que afecta dramática y particularmente a las poblaciones indígenas y afrodescendientes;
- las emergencias, dónde los vulnerables, niños, niñas y mujeres resultan ser los más afectados y
- la desnutrición crónica, que en la actualidad afecta al 16% de la infancia.

Transversalmente a estas áreas, UNICEF aborda las temáticas de los adolescentes y de género.

A pesar de que todos los países de AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE han ratificado la Convención sobre los Derechos del Niño y una gran mayoría han ajustado, o trabaja ajustando su legislación nacional a estos principios, aún hay mucho por hacer para que la implementación de estos derechos y el cumplimiento de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio sea una realidad palpable en todos los rincones de la región.

Supervivencia y desarrollo del niño pequeño

Existe consenso internacional sobre la importancia de atacar los problemas nutricionales para garantizar estos objetivos. Esto implica promover iniciativas que garanticen una nutrición adecuada y una buena atención de la salud de la infancia en AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. Actualmente se reconoce que el período entre el embarazo y los 2 años de edad es crucial

para un crecimiento y desarrollo óptimo. Entre las muchas causas que influyen en la baja nutrición de esta etapa están:

- baja lactancia materna exclusiva hasta los primeros 6 meses de vida;
- inadecuada o tardía introducción de la alimentación complementaria con pobre calidad nutricional de los alimentos;
- alta prevalencia de diarreas, de infecciones respiratorias y de otras enfermedades.

Para cubrir las necesidades nutricionales de un niño que recibe lactancia materna después de los 6 meses de edad, y garantizar un óptimo crecimiento y desarrollo, se requiere una alimentación adicional en nutrientes y densidad energética junto con prácticas adecuadas de alimentación.

Educación básica e igualdad entre los géneros

Se ha avanzado en las últimas décadas para incrementar la matriculación y la finalización de la educación primaria en AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.

Para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y con la Educación para Todos, UNICEF debe respaldar a los países para que en el 2015 todos los niños, niñas y adolescentes puedan matricularse y recibir una educación primaria gratuita, obligatoria y de buena calidad. Para ello fomenta los enfoques integrados sobre los ciclos de vida que abarquen el desarrollo infantil, la educación primaria y una respuesta a las necesidades de los adolescentes. Este enfoque toma en cuenta la cobertura de la educación primaria, la exclusión de determinados grupos y la baja calidad educativa.

El VIH/SIDA y la infancia

Pese a los muchos desafíos que quedan por superar, las políticas de prevención de la transmisión de la madre al niño adquieren mayor ímpetu y las labores destinadas a aumentar el grado de prevención de esa forma de contagio han comenzado a rendir frutos.

UNICEF contribuye a fortalecer las respuestas nacionales del VIH/SIDA para la niñez y los adolescentes. UNICEF lidera una

campana mundial sobre el SIDA y la infancia, en conjunto con otros organismos y aliados.

A pesar de que la mayoría de las personas que viven con VIH son adultas, una sexta parte de las personas que muere por causas relacionadas con el SIDA y una séptima parte que contrae el VIH en el mundo, son niños y niñas con menos de 15 años.

Protección frente a la violencia, la explotación y el abuso

La falta de información fiable, desagregada y comparable sobre la incidencia de las distintas formas de violencia y explotación que sufren los niños, niñas y adolescentes, hace que *la verdadera magnitud de los problemas permanezca oculta*.

Los niños, niñas y adolescentes de AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE viven diariamente situaciones de violencia en sus entornos más próximos: familia, escuela, comunidad, en las instituciones del Estado y en los entornos laborales.

Se trata de situaciones que muchas veces se producen en el seno de las familias (abuso sexual y maltrato) y que no son denunciadas; actividades ilegales y por tanto clandestinas, muchas veces vinculadas al crimen organizado (explotación sexual comercial y trata) o situaciones de negligencia y maltrato que se producen dentro de las propias instituciones del estado (centros de protección e instituciones penitenciarias).

Aproximadamente el 80% de las mujeres que se prostituyen fueron abusadas sexualmente en sus casas cuando eran niñas. Muchos de los niños y niñas víctimas de explotación sexual y trata no tienen acceso a la escuela o a servicios básicos de salud, son víctimas de embarazos no deseados, de abortos clandestinos, de violencia física y psicológica, y de enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA.

Los medios de comunicación refuerzan, en la mayoría de los países de la región, la creencia de que los adolescentes pobres son los responsables del aumento de la violencia y la inseguridad ciudadana. Sin embargo, los datos oficiales distan mucho de esa percepción general. En 2004 los niños, niñas y adolescentes privados de libertad por conflictos con la ley penal en América Latina eran aproximadamente 40.000.

Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una vida libre de violencia. Los gobiernos deben garantizar el derecho de todos los niños, niñas y adolescentes a vivir en un entorno seguro y digno, y están obligados por la Convención sobre los Derechos del Niño, a implementar medidas de protección y recuperación para los afectados por la violencia, y a perseguir a los responsables.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio no abordan explícitamente la violencia ejercida contra los niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, ésta constituye una clara amenaza para que los países puedan alcanzar las metas previstas.

UNICEF trabaja con los gobiernos, la sociedad civil y otras agencias y organismos de cooperación internacional para lograr:

- Que los gobiernos se comprometan con el cumplimiento de los derechos de la infancia abordando la violencia ejercida contra todos los niños, niñas y adolescentes a través de la implementación de políticas de prevención y protección, y la asignación adecuada de recursos.
- Que la legislación para proteger a los niños y responsabilizar a los autores de la violencia se promulgue y sea aplicada.
- Que las actitudes y prácticas que legitiman la violencia contra los niños sean revisadas y cuestionadas mediante el debate, la difusión de información a través de los medios comunicativos, y la promoción de prácticas saludables de crianza.
- Que se garantice la educación obligatoria, inclusiva y de calidad para todos los niños, niñas y adolescentes, entendiendo que es uno de los factores fundamentales para protegerles frente a la violencia.
- Que los adolescentes cuenten con un entorno protector que promueva su desarrollo positivo basándose en sus fortalezas y en su potencial, involucrando familias y comunidad en la promoción de la salud, el desarrollo y la participación.
- Que las personas que trabajan con los niños, niñas y adolescentes estén capacitados para detectar cuándo están siendo víctimas de la violencia y sepan cómo actuar.

- Que los países cuenten con mecanismos de monitoreo y recopilación de información sobre las formas, el impacto y la magnitud de la violencia que sufren los niños como base para diseñar políticas de intervención, y que los ciudadanos tengan acceso a mecanismos independientes de denuncia de las violaciones de los derechos humanos.
- Que los niños, niñas y adolescentes víctimas de la violencia cuenten con recursos efectivos para su adecuada protección, recuperación y reincorporación a la vida familiar y comunitaria.

Exclusión Social

En total, estas poblaciones suman unos 350 millones de personas repartidas en más de 70 países del mundo y representan más de 5,000 lenguas y culturas. En América Latina y el Caribe, además de los 40-50 millones de indígenas, existen 150 millones de afrodescendientes distribuidos a lo largo y ancho de toda la región. Se estima que de los 200 millones de indígenas y afrodescendientes, cerca de la mitad son niños, niñas y adolescentes menores de 18 años.

La marginalidad y la exclusión se han convertido en parte estructural de esta población desde la instauración del régimen de conquista y colonización europeo del siglo XV, que buscaba la mano de obra masiva para las faenas agrícolas y mineras que alimentaban las ciudades. La esclavitud, y los mecanismos para mantenerla resultaron en el holocausto más grande que ha sufrido la humanidad.

Al día de hoy no se cuenta con datos desagregados que permitan conocer la magnitud del déficit histórico que experimentan los pueblos indígenas y afrodescendientes y las posibilidades de integración social y desarrollo con equidad a partir de políticas públicas interculturales y de acción afirmativa.

El enfoque de UNICEF es concentrarse en eliminar la enorme disparidad existente en los grupos étnicos de la región.



DERECHOS DEL NIÑO

Los derechos del niño son aquellos derechos que poseen los niños y adolescentes. Todos y cada uno de los derechos de la infancia son inalienables e irrenunciables, por lo que ninguna persona puede vulnerarlos o desconocerlos bajo ninguna circunstancia. Varios documentos consagran los derechos de la infancia en el ámbito internacional, entre ellos la *Declaración de los Derechos del Niño y la Convención sobre los Derechos del Niño*. Estos documentos reconocen a los niños como sujetos de derecho, pero convierten a los Estados y a los adultos en titulares de la obligación de respetarlos y hacerlos respetar.

ABORDAR LAS NECESIDADES DE LA INFANCIA

Los gobiernos deben mostrar su sensibilidad hacia los derechos de todos sus ciudadanos -no solamente los de los niños y niñas- pero la comunidad mundial reconoce que se debe dar prioridad a la protección de los derechos de la infancia. Hay razones muy sólidas que sustentan la necesidad de considerar los derechos de los niños como un caso especial:

- Los niños y niñas son individuos.
- Los niños y niñas comienzan su vida como seres completamente dependientes.
- Las medidas, o la falta de medidas, de los gobiernos tienen repercusiones más graves sobre la infancia que sobre cualquier otro grupo de la sociedad.
- Las opiniones de los niños y niñas se escuchan y se toman en cuenta muy pocas veces en el proceso político.
- Muchos cambios en la sociedad tienen repercusiones desproporcionadas, y a menudo negativas, sobre la infancia.
- El desarrollo sano de la infancia es crucial para el futuro y el bienestar de cualquier sociedad.
- Los costos para una sociedad que no es capaz de atender adecuadamente a sus niños son enormes.

Los principios que se señalan en el marco internacional de derechos humanos se aplican tanto para los niños como para los adultos. La infancia está mencionada concretamente en muchos de los instrumentos de derechos humanos; las normas se modifican o se adaptan específicamente cuando las necesidades y preocupaciones en torno a un derecho se aplican concretamente a la niñez.

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO

La idea de acoger los derechos del niño circuló en algunos medios intelectuales durante el siglo XIX. Un ejemplo de ello fue la referencia que hizo el escritor francés Jules Vallès en su obra *El niño* (1879), y más claramente la reflexión sobre los derechos del niño que realizó Kate D. Wiggin en *Children's Rights* (1892).

En este ambiente receptivo, en las dos primeras décadas del siglo XX circularon varias declaraciones de los derechos del niño, a veces en forma literaria o bien como resoluciones de organizaciones científicas y pedagógicas.

La **Declaración de los Derechos del Niño** fue bosquejada por Eglantyne Jebb (fundadora de la organización internacional Save the Children) y adoptado por la organización francesa International Save the Children Union (Unión Internacional para Salvar Niños), Ginebra, el 23 de febrero en 1923 y respaldado por la Asamblea General de la Sociedad de Naciones el 26 de noviembre de 1924:

A través de esta declaración, conocida comúnmente como ***Declaración de Ginebra***, hombres y mujeres de todas las naciones, reconociendo que los niños son lo mejor que la humanidad tiene, declara y acepta como su deber, más allá de toda consideración de raza, nacionalidad o credo, que:

1. Al niño se le debe dar los medios necesarios para su desarrollo normal, material y espiritual.
2. El niño hambriento debe ser alimentado, el niño enfermo debe ser curado, el niño maltratado debe ser protegido, el niño explotado debe ser socorrido, el niño huérfano y abandonado debe ser acogido.
3. El niño debe ser el primero en recibir auxilio en caso de un desastre.

4. El niño debe tener sustento, y ser protegido contra todo tipo de explotación.
5. El niño debe ser llevado a tener conciencia de ser devoto al servicio del hombre.

El documento original, en los archivos de la ciudad de Ginebra, lleva la firma de varios delegados internacionales, entre ellos Eglantyne Jebb, Janusz Korczak, y Gustave Ador, ex presidente de la Confederación Suiza.

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO

Luego de la Declaración de Ginebra la Organización de las Naciones Unidas adoptó una versión ligeramente enmendada en 1946. La Asamblea General de la ONU, aprueba en 1959 una Declaración de los Derechos del Niño, que constaba de 10 principios, concretando para los niños los derechos contemplados en la Declaración Universal de Derechos Humanos. Seis años antes había decidido que el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para los niños (UNICEF) continuara sus labores como organismo especializado y permanente para la protección de la infancia (denominándolo oficialmente Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). Estos principios se detallan a continuación:

Principio 1

El niño disfrutará de todos los derechos enunciados en esta Declaración. Estos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición, ya sea del propio niño o de su familia.

Principio 2

El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la

consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño.

Principio 3

El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad.

Principio 4

El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

Principio 5

El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso particular.

Principio 6

El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia. Para el mantenimiento de los hijos de familias numerosas conviene conceder subsidios estatales o de otra índole.

Principio 7

El niño tiene derecho a recibir educación, que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y

su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social, y llegar a ser un miembro útil de la sociedad.

El interés superior del niño debe ser el principio rector de quienes tienen la responsabilidad de su educación y orientación; dicha responsabilidad incumbe, en primer término, a sus padres.

El niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los cuales deben estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación; la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho.

Principio 8

El niño debe, en todas las circunstancias, figurar entre los primeros que reciban protección y socorro.

Principio 9

El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de trata.

No deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada; en ningún caso se le dedicará ni se le permitirá que se dedique a ocupación o empleo alguno que pueda perjudicar su salud o su educación o impedir su desarrollo físico, mental o moral.

Principio 10

El niño debe ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa o de cualquier otra índole. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal, y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes.

A partir de 1979, con ocasión del Año Internacional del Niño, se comenzó a discutir una nueva declaración de derechos del niño, fundada en nuevos principios. A consecuencia de este debate se firmó en la ONU la *Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)* que es un tratado internacional por el que los Estados firmante reconocen los derechos del niño. La convención está compuesta por 54 artículos que consagran el

derecho a la protección de la sociedad y el gobierno, el derecho de los menores de 18 años a desarrollarse en medios seguros y a participar activamente en la sociedad. Fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.

Es el tratado internacional que reúne al mayor número de Estados partes. Ha sido ratificada por todos los Estados del mundo, con la excepción de Somalia y Estados Unidos.

Esta convención está desarrollada o complementada por los siguientes protocolos facultativos:

- **Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía;** Resolución A/RES/54/263 del 25 de mayo de 2000, entrada en vigor el 18 de enero de 2002.
- **Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados;** Resolución A/RES/54/263 del 25 de mayo de 2000, entrada en vigor el 12 de febrero de 2002.

DERECHOS DEL NIÑO Y LEGISLACIÓN INTERNA

A partir de la promulgación de la Convención de 1989 se ha ido adecuando la legislación interna a los principios contemplados en la Declaración. Aunque la legislación y el sistema jurídico de cada país suele ser diferente, casi la totalidad de los países han ido consagrando medidas especiales para su protección, a nivel legislativo e incluso derechos constitucionales. Entre los Derechos del niño tenemos:

1. Los niños tienen derecho al juego.
2. Los niños tienen derecho a la libertad y a compartir sus puntos de vista con otros.
3. Los niños tienen derecho a dar y conocer sus opiniones.
4. Todos los niños tienen derecho a una familia.
5. Los niños tienen derecho a la protección durante los conflictos armados.
6. Todos los niños tienen derecho a la libertad de conciencia.

7. Los niños tienen derecho a la protección contra el descuido o trato negligente.
8. Los niños tienen derecho a la protección contra el trabajo infantil.
9. Los niños tienen derecho a la información adecuada.
10. Los niños tienen derecho a la libertad de expresión.
11. Los niños tienen derecho a la protección contra la trata y el secuestro.
12. Los niños tienen derecho a conocer y disfrutar de nuestra cultura.
13. Los niños tienen derecho a la protección contra las minas terrestres.
14. Los niños tienen derecho a la protección contra todas las formas de explotación.
15. Los niños tienen derecho a la intimidad.
16. Los niños tienen derecho a ser protegidos contra la pornografía.
17. Los niños tienen derecho a crecer en una familia que les dé afecto y amor.
18. Todos los niños tienen derecho a un nombre y una nacionalidad.
19. Todos los niños tienen derecho a la alimentación, la nutrición y las onces.
20. Todos los niños tienen derecho a vivir en armonía.
21. Todos los niños tienen derecho a la diversión.
22. Todos los niños tienen derecho a la libertad.
23. Todos los niños tienen derecho a la paz mundial.

La Convención sobre los Derechos del Niño reúne los derechos humanos de la infancia que estaban articulados en otros instrumentos internacionales. Esta Convención articula los derechos de un modo más completo y proporciona una serie de principios rectores que conforman el concepto fundamental que tenemos de la infancia.

Esta recopilación y clarificación de los derechos humanos de la infancia establece el entorno y ofrece los medios necesarios para permitir que todos los seres humanos desarrollen su pleno potencial. Los artículos de la Convención, además de establecer los principios básicos que sirven de base a la realización de todos los derechos, exigen la prestación de recursos, aptitudes y contribuciones específicas, necesarios para asegurar al máximo

la supervivencia y el desarrollo de la infancia. Los artículos también exigen la creación de mecanismos para proteger a la infancia contra el abandono, la explotación y los malos tratos.

Todos los niños y niñas tienen los mismos derechos. Todos los derechos están mutuamente relacionados y tienen la misma importancia. La Convención hace hincapié en estos principios y se refiere a la responsabilidad de los niños y niñas de respetar los derechos de los demás, especialmente sus progenitores. Por el mismo motivo, la comprensión que tienen los niños de los temas que se suscitan en la Convención depende de su edad. Ayudar a la niñez a comprender sus derechos no significa que los progenitores deben obligarles a tomar decisiones cuyas consecuencias no puede asumir aún debido a su edad.

La Convención reconoce expresamente que la función principal en la crianza de los niños recae en sus progenitores. El texto alienta a padres y madres a abordar con sus hijos cuestiones relacionadas con sus derechos "en consonancia con la evolución de sus facultades" (artículo 5).

Aunque la Convención sobre los Derechos del Niño está dirigida a los gobiernos como representantes del pueblo, en realidad se refiere a las responsabilidades a todos los miembros de la sociedad. En general, sólo es posible convertir estas normas en realidad cuando todo el mundo las respeta. La Convención sobre los Derechos del Niño es el primer instrumento internacional jurídicamente vinculante que incorpora toda la gama de derechos humanos: civiles, culturales, económicos, políticos y sociales.

Al aceptar las obligaciones de la Convención (mediante la ratificación o la adhesión), los gobiernos nacionales se han comprometido a proteger y asegurar los derechos de la infancia y han aceptado que se les considere responsables de este compromiso ante la comunidad internacional. Los Estados parte de la Convención están obligados a estipular y llevar a cabo todas las medidas y políticas necesarias para proteger el interés superior del niño.

***LA RATIFICACIÓN CASI UNIVERSAL DE LA
CONVENCIÓN REFLEJA EL COMPROMISO
DEL MUNDO CON LOS PRINCIPIOS QUE
SUSTENTAN LOS DERECHOS DE LA
INFANCIA***

FUENTES

NACIONES UNIDAS

UNICEF

“Los niños y niñas están cansados de escuchar que ellos son el futuro.....

Quieren que cumplamos nuestras promesas en el presente y gozar hoy de su derecho a ser protegidos de la violencia”.

*Paulo Sérgio Pinheiro,
Experto independiente para el
Estudio del Secretario General de
las Naciones Unidas sobre la
Violencia contra los Niños y niñas*

ÍNDICE DE AUTORES

DRA. ANDREA ABADI

ARGENTINA

Médica Psiquiatra Infanto-Juvenil

Coordinadora del Área de Psiquiatría e Interdisciplina del Servicio de Salud Mental Pediátrica del Hospital Italiano de Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Docente de la Carrera de Especialistas en Psiquiatría Infanto Juvenil de la Universidad de Buenos Aires.

Vicepresidenta de la Asociación Argentina de psiquiatría Infanto Juvenil (AAPI).

Secretaria de la Liga Latinoamericana para el Estudio del Déficit de Atención.

DR. ENRIQUE AGUILAR ZAMBRANO

ECUADOR

Psiquiatra Infanto Juvenil

Profesor Principal de Psicología Médica Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador

Coordinador por el Ecuador de la Sección científica “Niños, Adolescentes y Familia” de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL)

Presidente Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría - Núcleo del Pichincha

PROF. DR. FRANCISCO B. ASSUMPÇÃO JR.

BRASIL

Médico Especialista en Psiquiatría Infanto Juvenil

Docente del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de San Pablo

Coordinador para Brasil de la Sección Científica “Niños, Adolescentes y Familia” de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, APAL

LCDA. GUADALUPE BARRIGA

ESPAÑA

Terapeuta Ocupacional.

Hospital de Día Infantil y Juvenil “Diego Matías Guigou y Costa”

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria,
Tenerife

DR. J. A. BARRIGUETE

FRANCIA

Médico Psiquiatra y Psicoanalista

Asesor del Secretario de Salud del Gobierno Federal de México

Coordinador del Consejo Nacional para las Enfermedades Crónicas.

PROF. DR. HÉCTOR BASILE

ARGENTINA

Médico Especialista en Psiquiatría Infanto Juvenil

Ex Sub-Director del Hospital Infanto Juvenil “Dra. Carolina Tobar
García”, Buenos Aires

Presidente de la Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto Juvenil y
Profesiones Afines (Aapi) (Período 2001-2003)

Presidente Honorífico del Capítulo de Psiquiatría Infanto Juvenil de la
Asociación de Psiquiatras Argentinos APSA

Miembro de la Sección Científica “Niños, Adolescentes y Familia” de la
Asociación Psiquiátrica de América Latina, APAL

Miembro de la Red Mundial de Suicidiología

PROF. DR. EDGARD BELFORT GARBÁN

VENEZUELA

Médico Psiquiatra infantil y juvenil.

Director y Profesor del Postgrado de Psiquiatría Infantil y Juvenil de la Universidad Central de Venezuela.

Profesor del Postgrado de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico de Caracas, Universidad Central de Venezuela.

Jefe del Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Psiquiátrico de Caracas.

Ex – Presidente de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría

Presidente de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL)

Coordinador del Programa Presidencial “Salud Mental de la Niñez, la Adolescencia y la Familia” de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, APAL

DR. MICHELL BOTBOL

FRANCIA

Médico Psiquiatra Infanto Juvenil y Psicoanalista

Asesor del Ministerio de la Justicia Francés para el Sistema de Protección Judicial de la Juventud (DPJJ)

Profesor Asociado de la Escuela de Psicólogos, Universidad Católica de Paris

Co-Chair de la Sección WPA: Psicoanálisis en Psiquiatría

PROF. DR. ENRIQUE CAMARENA ROBLES

MÉXICO

Médico Especialista en Psiquiatría Infanto Juvenil

Especialidad en Psicoterapia Psicoanalítica

Ex – Presidente de la Asociación Psiquiátrica Mexicana

Profesor Adjunto del Curso de Psiquiatría de Postgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Profesor de Pregrado en Psiquiatría de Universidad Anahuac del Norte, México

Director de Calidad del Hospital Psiquiátrico “Héctor Tovar Acosta” del IMSS

Presidente Electo de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, APAL

Coordinador del Programa Presidencial “Salud Mental de la Niñez, la Adolescencia y la Familia” de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, APAL

DR. JORGE CASTRO MORALES

PERÚ

Médico Especialista en Psiquiatría Infanto Juvenil

Profesor Principal de Psiquiatría UPCH, Lima.

Miembro de la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y Adolescente.

Ex presidente de la Asociación Psiquiátrica Peruana.

Coordinador para el Perú de la Sección Científica “Niños, Adolescentes y Familia” de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, APAL

DRA. DIANA CASTRO ROMERO

COLOMBIA

Especialista en Psiquiatría

Fellow Psiquiatría Infantil y Adolescencia, Universidad El Bosque, Bogotá

DR. RODRIGO CHAMORRO OSCHILEWSKY

CHILE

Neuropsiquiatra Infanto Juvenil.

Secretario Sección Científica “Niños, Adolescentes y Familia” y
Coordinador del Programa Presidencial “Salud Mental de la Niñez, la
Adolescencia y la Familia” de la Asociación

Psiquiátrica de América Latina, APAL.

Profesor de la Universidad Central de Chile, Instituto Internacional de
Desarrollo Cognitivo

Profesor de Neuropsicología Universidad de Morón, Buenos Aires.
Servicio Nacional de Menores, Gobierno de Chile

PROF. DR. ROBERTO CHASKEL

COLOMBIA

Médico Especialista em Psiquiatría Infanto Juvenil

Profesor de Psiquiatría Infantil, Universidad Militar Nueva Granada

Coordinador Servicios de Psiquiatría Infantil y Adolescencia,
Universidad El Bosque.

Hospital Militar Central

Fundación Santa Fé de Bogotá

Ex presidente de Asociación Colombiana de Psiquiatría

DRA. GISELA CHÁVEZ DE VALLEJO

ECUADOR

Médico Especialista en Psiquiatría y Salud Mental

Médico Tratante de la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico
“Lorenzo Ponce”, Guayaquil

Profesora del Postgrado de Psiquiatría y Salud Mental, Cátedra de
“Psicopatología I”, Universidad de Guayaquil

DRA. MARÍA OLIVIA COELLO

ECUADOR

Psicóloga Clínica

Máster en Deficiencia Mental y Trastornos del Aprendizaje

Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS)

DRA. LUZ COLÓN

PUERTO RICO

Psiquiatra de Niños y Adolescentes-Catedrática

Departamento de Psiquiatría -Escuela de Medicina

Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico

DR. FRANCISCO DE LA PEÑA OLVERA

MÉXICO

Médico Psiquiatra de Niños y de Adolescentes

Maestro en Ciencias Medicas

Jefe del Departamento de Fomento a la Investigación del Instituto

Nacional de Psiquiatría RFM, México

Profesor de Postgrado Facultad de Medicina de la UNAM

DR. FABRIZIO DELGADO CAMPODÓNICO

ECUADOR

Médico Especialista en Psiquiatría

Especialista en Epileptología y Clínica de Sueño

Director Técnico del Hospital Psiquiátrico “Lorenzo Ponce”, Guayaquil

(desde 2003)

Representante de la Zona IV de la Asociación Mundial de Psiquiatría,

WPA

Ex - Presidente de la Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría

Director General y Profesor del Postgrado de Psiquiatría y Salud Mental

en el Hospital Psiquiátrico “Lorenzo Ponce”, Guayaquil

DR. JOAQUÍN DÍAZ ATIENZA

ESPAÑA

Psiquiatra Infanto-Juvenil.

Doctor en Neurociencias.

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Almería – España

DRA. DANIELA DÍAZ JAIMES

MÉXICO

Psiquiatra General y Psiquiatra de Adolescentes

LCDA. NATHALIE EL-GHOUL

LÍBANO

Licenciada en Arte y Cultura

Magister en Danzoterapia para adolescentes y adultos jóvenes

DRA. GABRIELA GARRIDO

URUGUAY

Psiquiatra General

DRA. SILVIA GAVIRIA ARBELÁEZ

COLOMBIA

Médica Psiquiatra.

Jefe Departamento de Psiquiatría Universidad CES, Medellín

Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA), Junta Directiva de la Sección de Salud Mental de las Mujeres

DRA. MONTSERRAT GRAELL BERNA

ESPAÑA

Psiquiatra de niños y adolescentes

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

DRA. ANA MARÍA HEINERT MUSELLO

ECUADOR

Médico Especialista en Psiquiatría y Salud Mental

Magister en Terapia Familiar y en Mediación de conflictos Familiares, Labores y de las Organizaciones.

Médico Tratante de la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico “Lorenzo Ponce”, Guayaquil.

Profesora del Postgrado de Psiquiatría y Salud Mental, Cátedra de “Psiquiatría Forense”, Universidad de Guayaquil

Perito acreditado por la Fiscalía

PROF. DR. GUILLERMO LAHERA FORTEZA

ESPAÑA

Médico Psiquiatra

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Profesor Asociado de Psiquiatría, Facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá de Henares.

DR. YOVER LAPO ÍÑIGUEZ

ECUADOR

Médico Especialista en Psiquiatría y Salud Mental

Médico Tratante del Pabellón Infanto Juvenil, Hospital Psiquiátrico “Lorenzo Ponce”, Guayaquil

Miembro del Comité de Investigación y representante alterno del Pabellón Infanto Juvenil en el sistema de Gestión de Calidad del Hospital Psiquiátrico “Lorenzo Ponce”, Guayaquil

Profesor del Postgrado de Psiquiatría y Salud Mental, Cátedra de “Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia”, Universidad de Guayaquil.

DR. JUAN MAASS VIVANCO

CHILE

Médico Psiquiatra

Jefe de Servicio de Psiquiatría y Salud Mental Infanto Juvenil y Adulto del Hospital Félix Bulnes

Unidad Docente Post Grado del Hospital Félix Bulnes

MBA Universidad Andrés Bello y Europea de Madrid en Organizaciones de Salud. Vocal ante

la Asociación Psiquiátrica de América Latina, APAL, de Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.

DRA. CARLOTA MANRIQUE SUÁREZ

ECUADOR

Médico Especialista en Psiquiatría y Salud Mental

Licenciada en Música

Coordinadora del Área de Hospitalización Breve de Mujeres, Hospital Psiquiátrico “Lorenzo Ponce”, Guayaquil

Miembro del Directorio de la Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría – Núcleo Del Guayas

Miembro del Comité de Investigación Del Hospital Psiquiátrico “Lorenzo Ponce”, Guayaquil

Miembro de la Sección científica “Niños, adolescentes y Familia2 de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, APAL

DR. JUAN CARLOS MARTÍNEZ AGUAYO

CHILE

Médico Psiquiatra Infanto Juvenil

Miembro SONEPSYN.

Miembro International Society for Affective Disorders

Miembro International Society for Bipolar Disorders

Coordinador del Programa Presidencial “Salud Mental de la Niñez, la Adolescencia y la Familia” y de los Foros on-line de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, APAL

Coordinador por el Cono Sur de la Sección Científica “Niños, Adolescentes y Familia” de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, APAL

Miembro de la Red Mundial de Suicidiología

PROF. DR. CRISTÓBAL MARTÍNEZ

CUBA

Médico Especialista en Psiquiatría Infanto Juvenil

Jefe del Grupo Nacional de Psiquiatría Infantil de Cuba, Ministerio de Salud

Miembro del Consejo Consultivo del Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres (CLAMED)

Sub-Director de las Secciones Científicas y Coordinador de la Sección Científica “Violencia Intrafamiliar” de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, APAL

Profesor Titular de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, Universidad de La Habana

DRA. SUSANA MATA ITURRALDE

ECUADOR

Psicopedagoga

Hospital Psiquiátrico “Lorenzo Ponce” de Guayaquil.

Docente Investigadora del Área de Neurociencia Cognitiva y Necesidades Educativas Específicas de la Universidad Casa Grande de Guayaquil.

Profesora del Postgrado de Psiquiatría y Salud Mental, Cátedra de “Neuropsicología II”, Universidad de Guayaquil

DR. CHRISTIAN MUÑOZ FARIAS

COLOMBIA

Médico Psiquiatra Infanto-juvenil

Profesor Asociado Instituto Colombiano del Sistema Nervioso

Ex Miembro de la Junta directiva de la Asociación Colombiana de Psiquiatría

Coordinador Regional Bolivariano de la Sección “Niños, Adolescentes y Familia” de la Asociación Psiquiátrica de América Latina” (APAL)

DR. SERGIO IGNACIO MUÑOZ FERNÁNDEZ

MÉXICO

Médico Psiquiatra de Niños y Adolescentes

Jefe del Servicio de Salud Mental del Instituto Nacional de Pediatría.

México, D.F.

Miembro Titular de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil.

Miembro de AACAP

DRA. MARTHA MUÑOZ PAVÓN

NICARAGUA

Psiquiatra del Policlínico "Francisco Morazán" y del Centro de Salud del Crucero; Managua

Docente de Pregrado de Medicina de la Universidad Católica "Redemptoris Mater", Managua

Docente de Postgrado de Psiquiatría, Hospital Psicosocial "José Dolores Fletes Valle", Managua

Diplomado Superior en Psicoterapia. UCA (Universidad Centroamericana), Managua

Miembro de la Junta Directiva de la Asociación Nicaragüense de Psiquiatría.

DRA. LELIS NAZARIO

PUERTO RICO

Catedrática Asociada

Directora, Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico

Directora, Programa de Psiquiatría de Niños y Adolescentes

Diplomada en Psiquiatría, American Board of Psychiatry and Neurology

Diplomada en Psiquiatría de Niños y Adolescentes, American Board of Psychiatry and Neurology

PROF. DR. NILS NOYA TAPIA

BOLIVIA

Médico Psiquiatra.

Pas – Presidente de la Sociedad Boliviana de Psiquiatría

Coordinador General de la Residencia Médica en Psiquiatría, Santa Cruz de la Sierra Bolivia

Miembro de la Sección Científica “Trastornos por Abuso de Substancias” de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, APAL

Miembro de ALAD, ACAPI

DR. CARLOS ORELLANA ROMÁN

ECUADOR

Médico Especialista en Psiquiatría y Psicólogo Forense

Magister en Terapia Familiar y en Mediación de conflictos Familiares, Labores y de las Organizaciones.

Sub-director Técnico del Hospital Psiquiátrico “Lorenzo Ponce”, Guayaquil

Profesor de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo y Universidad de Guayaquil

Profesor del Postgrado de Psiquiatría y Salud Mental, Cátedra de Neuropsicología I

Perito psiquiatra acreditado por la Fiscalía

Miembro del Grupo de Trabajo para la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, GLADP

DR. FERNANDO FELIX ORTA

MÉXICO

Médico Psiquiatra

Instituto Nacional de Psiquiatría RFM, México

DR. HERNÁN ORTIZ HERRERA

GUATEMALA

Terapeuta Cognitivo Conductual-Racional Emotivo Conductual, Universidad de Flores Buenos Aires, Argentina; Certificado por el A. Ellis Institute, USA

Terapeuta Asociado a CATREC (Centro Argentino de Terapia Racional Emotivo Conductual), Buenos Aires, Argentina.

Catedrático Maestría Instituto de Ciencias de la Familia-Universidad Galileo de Guatemala.

Catedrático Doctorado Universidad Mariano Gálvez de Guatemala.

LCDO. FERNANDO OSORIO

ARGENTINA

Psicólogo

Director del Seminario de Investigación Violencia en las Escuelas,

Facultad de Derecho de la Universidad Nacional de Buenos Aires.

Argentina.

Director del Grupo de Investigación “Estudios para la Infancia”, Buenos Aires.

DRA. ANNETTE PAGÁN

PUERTO RICO

Psiquiatra de Niños y Adolescentes-Catedrática Asociada

Departamento de Psiquiatría -Escuela de Medicina

Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico

DR. LINO PALACIOS CRUZ

MÉXICO

Psiquiatra General y Psiquiatra de Adolescentes

Coordinador Internacional de la Mesa Adolescentes y TDAH,

Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”

DRA. INMACULADA PALANCA MARESCA

ESPAÑA

Psiquiatra Infantil.

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Universidad Autónoma de Madrid

DR. ROBERTO PALLIA

ARGENTINA

Jefe del Servicio de Salud Mental Pediátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Profesor Asociado del Instituto Universitario Escuela de Medicina del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Director Asociado de la Carrera de Médico Especialista en Psiquiatría Infanto Juvenil. Universidad de Buenos Aires.

PROF. DR. JOSÉ LUIS PEDREIRA MASSA

ESPAÑA

Psiquiatra y Psicoterapeuta de niños y adolescentes (acreditado por FEAP e ICOMEM)

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid, Universidad Autónoma de Madrid

Presidente Fundación agosto Vidal Parera

Miembro del comité Científico de la Revista Virtual Psiquiatria.com

DRA. LUCÍA QUIROGA JIMÉNEZ

COLOMBIA

Médico Psiquiatra

Fellow Psiquiatría de Niños y adolescentes, Universidad El Bosque.

Docente de Psiquiatría, Fundación Universitaria Ciencias de la Salud-Hospital Infantil Universitario de San José, Bogotá

DR. GUILLERMO RIVERA

BOLIVIA

Médico Especialista en Psiquiatría

Ph.D en Salud Mental Comunitaria por la Universidad Nacional de Lanús con Posdoctorado en Neurociencias por la Universidad Nacional del Cuyo.

Maestreado por la Universidad Nova de Lisboa.

Profesor de Psicopatología, Universidad de Santa Cruz UPSA.

Miembro de la Sección científica “Niñez, adolescencia y Familia” de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, APAL

DR. PEDRO JAVIER RODRÍGUEZ

ESPAÑA

Pediatra Acreditado en Psiquiatría Infantil (A.E.P.) y Psicólogo

Hospital de Día Infantil y Juvenil “Diego Matías Guigou y Costa”,
Servicio de Psiquiatría

Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Tenerife

DRA. OMAIRA ROSALES

VENEZUELA

Psiquiatra. Especialista en Niños y Adolescentes.

Profesora y Coordinadora del Postgrado de Psiquiatría Infantil y Juvenil de la Universidad Central de Venezuela.

Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Niños “J. M. De Los Ríos”. Miembro del grupo de trabajo de la Sección científica “Niños, Adolescentes y Familia” de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, APAL.

DRA. EMMA SAAD DE JANON

ECUADOR

Médico Psiquiatra – Psicoterapeuta

Diplomado Superior “Intervenciones Sanitarias, Educativas y Psicosociales en el maltrato a Menores”

Jefe (e) de Docencia e Investigación, Hospital Psiquiátrico “Lorenzo Ponce”, Guayaquil

Profesora del Postgrado de Psiquiatría y Salud Mental, Cátedra de Salud Mental Social y Comunitaria, de la Universidad de Guayaquil

Secretaria Regional Bolivariana (2008 – 2010) y Coordinadora del Programa Presidencial “Salud Mental de la Niñez, la Adolescencia y la Familia” de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL)

DR. OSCAR SÁNCHEZ GUERRERO

MÉXICO

Médico Psiquiatra de Niños y Adolescentes

Miembro Asociado de la Academia Mexicana de Pediatría

Miembro Titular de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil

Miembro de AACAP.

DR. CARLOS SÁNCHEZ NÚÑEZ

VENEZUELA

Médico Especialista en Psiquiatría

Ex – Presidente de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría

Secretario General de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, APAL

Coordinador de la Sección Científica “Historia de la Psiquiatría” de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, APAL

DRA. EVA SARDINERO GARCÍA

ESPAÑA

Doctora en Psicología

Hospital de Día de Niños y Adolescentes de Vallecas

DRA. IRLANDA SOLÓRZANO TUMBACO

ECUADOR

Médico Especialista en Psiquiatría

Médico Tratante de Consulta Externa, Hospital Psiquiátrico “Lorenzo Ponce”, Guayaquil

Miembro de la Directiva de la Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría –
Núcleo del Guayas

DR. SAÚL STEPENSKI

MÉXICO

Médico Psiquiatra de Niños y Adolescentes

Miembro Titular de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil

Miembro de AACAP

DRA. ALEXANDRA TERRAZAS

BOLIVIA

Médico Psiquiatra

Médico Tratante, Centro de Salud Mental, Santa Cruz de la Sierra

Docente en la cátedra de Psicopatología, Universidad Católica “San Pablo”, Santa Cruz de la Sierra

DR. HANS- OTTO THOMASHOFF

ALEMANIA

Médico Psiquiatra y Psicoanalista

Especialista en Historia del Arte

Presidente de la Sección “Arte y Psiquiatría” de la Asociación Mundial de Psiquiatría, WPA.

Miembro de Honor de la Asociación Mundial de Psiquiatría, WPA

DRA. EUDERRUH UZCÁTEGUI PINTO

VENEZUELA

Psiquiatra de Adultos e Infanto-Juvenil, Ph.D

Profesora de la Universidad de los Andes Mérida- Venezuela.

Coordinadora de la Sección Científica “Niños, Adolescentes y Familia”
de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, APAL.

DR. JUAN VARAS AMPUERO

ECUADOR

Médico Especialista en Psiquiatría y Salud Mental

Jefe del Área de Unidad de Terapias Breves del Hospital Psiquiátrico
“Lorenzo Ponce”, Guayaquil

Profesor del Postgrado de Psiquiatría y Salud Mental, Cátedra de
“Neuropsicofarmacología I y II”, Universidad de Guayaquil

Miembro del Directorio de la Sociedad Ecuatoriana de Psiquiatría
Biológica

DR. HORACIO VARGAS MURGA

PERÚ

Médico Especialista en Psiquiatría del Niño y Adolescente

Profesor Asociado de Psiquiatría UPCH, Lima.

DRA. ADRIANA VARGAS RUEDA

COLOMBIA

Médico Especialista en Psiquiatría

Psiquiatría de Enlace, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá

Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá

PROF. DRA. LAURA VIOLA

URUGUAY

Directora de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica de la Facultad de Medicina del Uruguay.

Vicepresidente de la Federación Latinoamericana de Asociaciones de Psiquiatría Infantil.

Integrante del Comité Científico de la Liga Latinoamericana de Estudio del Déficit Atencional.

Integrante de los Consejos Editoriales de la Revista de Psiquiatría del Uruguay y de la Revista de la Asociación de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia del Uruguay.

DRA. PATRICIA ZAVALA RAMÍREZ

MÉXICO

Médica Psiquiatra General y Psiquiatría de Niños y Adolescentes



"Debemos hacer algo por la humanidad o sino, muchas personas en su forma egoísta piensan que cada quien salga adelante, pero que hay de los demás de lo que demanda Dios para con todos, de ayudarse los unos a los otros, si no empezamos nosotros como jóvenes quién empezará. Y no debemos empezar mañana sino hoy poniendo nosotros el ejemplo y ayudar a tantas personas y niños que sufren tanto, con hambruna, que no tienen viviendas o que han perdido a su familia, mientras muchos jóvenes, tiran la comida, odian el lugar en el que viven, o se mantienen peleando con su familia."

**Ana Arocha [17, Guatemala]Fuente:
textualmente tomado de la UNICE**



“Si tienes que pintar, consultas a un pintor; si tienes que comer, consultas a un cocinero, y si quieres conocer los problemas de los niños, niñas y adolescentes, debes preguntarles a los niños, niñas y adolescentes”

Joven integrante del Grupo Asesor de ONG para el Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños y niñas

**ESTE LIBRO SE TERMINÓ DE
DISEÑAR Y EDITAR EN OCTUBRE
DEL 2010 Y FUE PRESENTADO
OFICIALMENTE EN EL MARCO
DEL XXVI CONGRESO DE LA
ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA DE
AMÉRICA LATINA (APAL),
CELEBRADO DEL 29 DE OCTUBRE
AL 02 DE NOVIEMBRE DEL 2010
EN PUERTO VALLARTA - MÉXICO**

“La población infanto juvenil y sus familias necesitan que podamos comprender su entorno ecológico y así garantizar que su salud mental tenga un óptimo desarrollo....de esa forma estamos protegiendo el futuro de la humanidad”

LOS EDITORES



“No puede haber una revelación más intensa del alma de una sociedad que la forma en la que trata a sus niños y adolescentes”

Nelson Mandela, Premio Nobel de la Paz



