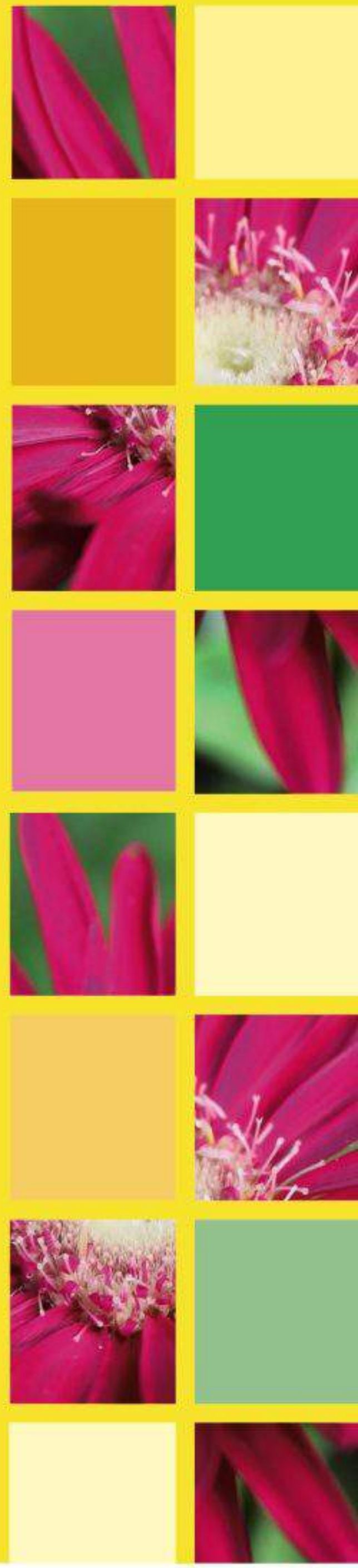
Psicología clínica infanto-juvenil

Remedios González Barrón
Inmaculada Montoya-Castilla
(Coords.)



PIRÁMIDE

Coordinadoras

REMEDIOS GONZÁLEZ BARRÓN

CATEDRÁTICA EN EL DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA EN LA UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

INMACULADA MONTOYA-CASTILLA

PROFESORA AYUDANTE DOCTORA EN EL DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA EN LA UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Psicología clínica infanto-juvenil

EDICIONES PIRÁMIDE

Índice

Relación de autores

Prólogo

1. Aproximación histórica a la psicología clínica infanto-juvenil

1. Introducción
2. Aportaciones de la medicina y pediatría al desarrollo de esta disciplina
3. Bases de la pedagogía que ayudan a su comprensión
4. Aportaciones de la psiquiatría a su constitución
5. El impacto de la psicología del siglo XX en la psicología clínica infantil
6. Estado actual, avances en investigación y tratamiento
7. Conclusiones

Preguntas de autoevaluación

Referencias bibliográficas

2. La evaluación psicológica en la psicología clínica infanto-juvenil

1. Características de la evaluación psicológica infantil y adolescente
2. La evaluación como proceso
   - 2.1. El proceso descriptivo-predictivo
   - 2.2. El proceso interventivo-valorativo
3. Los instrumentos durante el proceso de evaluación psicológica
4. La entrevista con niños y adolescentes
   - 4.1. Las preguntas en la entrevista
   - 4.2. La entrevista con padres y profesores
5. Dificultades en la evaluación del desarrollo psicológico
6. Conclusiones

Preguntas de autoevaluación

Referencias bibliográficas

3. La intervención psicológica infanto-juvenil

1. Aspectos legales y deontológicos
   - 1.1. Código civil
   - 1.2. Código deontológico
   - 1.3. Los informes psicológicos
2. Requisitos generales para una buena intervención
   - 2.1. Habilidades del terapeuta infanto-juvenil
   - 2.2. Atención integral

2.3. Encuadre terapéutico
3. Proceso terapéutico
3.1. Fase de evaluación
3.2. Modelos de intervención
3.3. Finalizar la terapia y fase de seguimiento
4. Conclusiones
5. Caso clínico
Preguntas de autoevaluación
Referencias bibliográficas

4. El dibujo infantil como instrumento diagnóstico y terapéutico

1. Introducción
2. El dibujo como expresión del desarrollo madurativo: etapas evolutivas
2.1. Etapas evolutivas en el desarrollo del dibujo infantil
2.2. Aportaciones actuales al desarrollo evolutivo del dibujo
3. El dibujo como instrumento diagnóstico: la evaluación madurativo-mental y la evaluación emocional
3.1. Evolución de los trabajos que evalúan el desarrollo madurativo-intelectual y la personalidad a través del dibujo de la figura humana
3.2. El dibujo como expresión de la personalidad
3.3. Test gráficos en la clínica infanto-juvenil: evaluación de la inteligencia, la personalidad y el contexto familiar
4. El dibujo como actividad terapéutica
4.1. El dibujo como medio de comunicación no verbal
4.2. El dibujo como instrumento de curación
5. Conclusiones
6. Caso clínico
Preguntas de autoevaluación
Anexo
Referencias bibliográficas

5. Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

1. Introducción
2. Introducción teórica
2.1. Desarrollo evolutivo normal
2.2. Características de los trastornos según la edad
2.3. Modelos explicativos y/o etiología
3. Evaluación y diagnóstico
3.1. Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos en el DSM-5
3.2. Áreas a evaluar
3.3. Instrumentos de evaluación
4. Tratamiento
4.1. Intervención/prevención primaria y secundaria
4.2. Programa de intervención terapéutica en centros institucionales
5. Conclusiones
6. Caso clínico: maría

Preguntas de autoevaluación
Referencias bibliográficas

6. El control del esfinter: trastornos de la excreción

1. Introducción
   1.1. Desarrollo evolutivo del aprendizaje del control de esfínteres
   1.2. La enuresis y la encopresis: conceptos y tipos
   1.3. Aspectos epidemiológicos
   1.4. Características de la enuresis y la encopresis según edad y sexo
   1.5. Problemas psicológicos y familiares asociados
   1.6. Modelos explicativos y/o etiología
2. Evaluación y diagnóstico
   2.1. Áreas a evaluar
   2.2. Diagnóstico diferencial
   2.3. Criterios del dsm-5
3. Tratamiento
   3.1. Enuresis
   3.2. Encopresis
   3.3. Factores que pueden afectar al pronóstico
4. Conclusiones
5. Caso clínico

Preguntas de autoevaluación
Referencias bibliográficas

7. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

1. Introducción teórica
   1.1. Aspectos epidemiológicos
   1.2. Características del trastorno según la edad
   1.3. Modelos explicativos y etiología
2. Evaluación y diagnóstico
   2.1. Áreas a evaluar
   2.2. Diagnóstico diferencial
   2.3. Criterios del dsm-5
3. Tratamiento
   3.1. Tratamiento farmacológico
   3.2. Intervención psicosocial
4. Conclusiones
5. Caso clinico

Preguntas de autoevaluación
Referencias bibliográficas

8. Los trastornos de ansiedad y su tratamiento

1. Introducción teórica
   1.1. Desarrollo evolutivo del sistema de apego y el miedo
2. Trastornos de ansiedad
   2.1. Fobias

2.2. Ansiedad por separación
2.3. Pánico
2.4. Obsesiones y rituales compulsivos
2.5. Diagnóstico diferencial
3. Epidemiología y etiología
3.1. Epidemiología
3.2. Modelos explicativos y etiología
4. Evaluación
5. Tratamiento
6. Conclusiones
7. Caso clínico
Preguntas de autoevaluación
Referencias bibliográficas

9. Traumas y estresores: repercusiones psicopatológicas en niños y adolescentes

1. Definición y tipos de traumas y factores de estrés
1.1. Epidemiología
1.2. Sintomatología y trastornos relacionados con traumas y factores de estrés
1.3. Modelos psicológicos explicativos de la relación entre estresores y salud mental
2. Evaluación y diagnóstico del trauma y de su impacto
2.1. Análisis de acontecimientos traumáticos
2.2. Análisis del impacto psicopatológico del trauma
3. Tratamiento
3.1. Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT)
3.2. Terapia emdr
3.3. Terapia basada en el vínculo
4. Conclusiones
5. Caso clínico
Preguntas de autoevaluación
Referencias bibliográficas

10. Los trastornos depresivos y sus tratamientos

1. Introducción teórica
1.1. Desarrollo evolutivo normal y aspectos epidemiológicos
1.2. Características del trastorno según la edad
1.3. Modelos explicativos y/o etiología
2. Evaluación y diagnóstico
2.1. Áreas a evaluar
2.2. Diagnóstico diferencial
2.3. Criterios del dsm-5
3. Tratamiento
3.1. Programas de prevención primaria
3.2. Programas de intervención para la depresión en niños y adolescentes
3.3. Eficacia diferencial de distintos tratamientos
4. Conclusiones
5. Caso clínico

Preguntas de autoevaluación
Referencias bibliográficas

11. La esquizofrenia infantil y su tratamiento

1. Introducción teórica
   1.1. Desarrollo evolutivo normal y aspectos epidemiológicos
   1.2. Características del trastorno según la edad
   1.3. Modelos explicativos y etiología
2. Evaluación y diagnóstico
   2.1. Áreas a evaluar
   2.2. Diagnóstico diferencial
   2.3. Criterios del dsm-5
3. Tratamiento
4. Conclusiones
5. Caso clínico

Preguntas de autoevaluación
Referencias bibliográficas

12. Trastorno del espectro del autismo y su tratamiento

1. Introducción teórica
   1.1. Breve repaso histórico
   1.2. La nueva conceptualización del TEA
   1.3. Criterios diagnósticos del TEA
2. Desarrollo evolutivo y aspectos epidemiológicos
   2.1. Desarrollo típico, desarrollo alterado y señales de alerta
   2.2. Epidemiología, prevalencia y distribución por sexos
3. Modelos explicativos y posible etiología del TEA
4. Diagnóstico diferencial y comorbilidad diagnóstica
   4.1. Diagnóstico diferencial
   4.2. Comorbilidad diagnóstica y sintomatológica
5. Evaluación del TEA
   5.1. Áreas a evaluar e instrumentos más recomendados
6. Algunas propuestas de intervención en el TEA
   6.1. Puntos fuertes (habilidades) y débiles (dificultades)
   6.2. Pautas generales para la intervención
7. Conclusiones
8. Caso clínico

Preguntas de autoevaluación
Referencias bibliográficas

Créditos

Relación de autores

María Victoria del Barrio Gandara
Profesora Emérita de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

Carmen Berenguer Forner
Personal Investigador en Formación (Atracció de Talents). Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universitat de València.

Maria Forns i Santacana
Catedrática de Evaluación Psicológica. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento. Universitat de Barcelona. Especialista en Psicología clínica infanto-juvenil.

Maite Garaigordobil Landazabal
Catedrática de Evaluación y Diagnóstico Psicológicos. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco.

Remedios González Barrón
Catedrática de Evaluación Psicológica. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universitat de València.

Myriam de la Iglesia Gutiérrez
Profesora Contratada Doctora Int. Departamento de Psicología. Universidad de Valladolid (España). Miembro Asociado Laboratoire LPPS. París (Francia).

Carmen Maganto Mateo
Titular de Universidad. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco.

Szerena Majoros Frigyik
Psicóloga especialista en Psicología Jurídica, Mediación y maltrato en la familia. Tutora externa de prácticas de la Universitat de València.

Elvira Martínez Besteiro
Profesora Contratada Doctora. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universitat de València.

Jessica Mercader Ruiz

Personal Investigador en Formación (FPI). Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Social y Metodología. Universidad Jaume I.

Ana Miranda Casas
Catedrática de Psicología Evolutiva. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología. Universitat de València.

Inmaculada Montoya-Castilla
Profesora Contratada Doctora. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universitat de València.

José-Sixto Olivar Parra
Titular de Universidad. Departamento de Psicología. Universidad de Valladolid (España). Miembro Asociado Laboratoire LPPS. París (Francia).

Ana Ordóñez López
Doctora en Psicología. Personal Investigador. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universitat de València.

Silvia Postigo Zegarra
Doctora en Psicología. Neuropsicóloga. Logoterapeuta. Especialista en Tratamiento infanto-juvenil con Terapias de tiempo limitado.

María Jesús Presentación Herrero
Titular de Universidad. Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Social y Metodología. Universidad Jaume I.

Konstanze Schoeps
Personal Investigador en Formación (Atracció de Talent). Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universitat de València.

Laia Soler Corbella
Doctora en Psicología. Especialista en Psicología clínica infanto-juvenil. Máster en Atención precoz y familias (URLL). Psicóloga del CDIAP del Maresme y del CDIAP EDAI.

Prólogo

Observar cómo ha evolucionado la historia de la psicología infantil en general y de la psicopatología y psicología clínica en particular nos conduce a darnos cuenta de que ya han construido su propio camino. En la actualidad, los conocimientos que se tienen muestran las características que cada una de las etapas evolutivas tiene en las áreas del desarrollo, permitiendo comprender las conductas del niño bajo este prisma. También ha contribuido en el incremento de conocimientos sobre la infancia la elaboración de técnicas de evaluación que han ayudado a determinar y comprender las características de su desarrollo, así como identificar la forma en que le afectan las diferentes experiencias y problemas y cómo se manifiestan. Este bagaje ha permitido que conozcamos cómo inciden en el desarrollo del niño determinadas experiencias, como la enfermedad crónica, la falta de pautas estables, los diferentes tipos de apego y el fracaso escolar, entre otros. Todo ello teniendo en cuenta más que nunca la edad cronológica del niño y el desarrollo alcanzado en las diferentes áreas del funcionamiento (cognitivo, social, emocional, físico...), para identificar el alcance de su dificultad o carencia dentro del ciclo vital.

Esta realidad científica ha contribuido a consolidar la psicología infantil como un área de conocimientos relevante y básica para la comprensión, no sólo del niño, sino también del adulto. Por lo que en la actualidad los conocimientos de la psicopatología y la psicología clínica infantil permiten considerar estas disciplinas consolidadas y capaces de proporcionar información para ayudar a la comprensión, evaluación y aproximación terapéutica de las diferentes disfunciones que se presentan en la infancia y adolescencia.

Partiendo de este estado de la cuestión, las aportaciones de la evaluación psicológica y el desarrollo de aproximaciones terapéuticas específicas con evidencia empírica han permitido el planteamiento de este libro. En él se ha tenido como objetivo proporcionar información tanto de los conocimientos básicos de los síntomas que constituyen cada trastorno, como de la evaluación, diagnóstico y tratamiento psicológico. Todo ello teniendo en consideración las etapas evolutivas, para comprender las manifestaciones asociadas al desarrollo alcanzado. Así, este libro, *Psicología clínica infanto-juvenil,* surge para cubrir la necesidad de formación de los psicólogos que se dedican a realizar evaluación e intervención en el área de la infancia y adolescencia.

El texto está organizado en dos bloques: uno, de introducción general, que incluye los temas de historia, evaluación, tratamiento y dibujo en la infancia. En ellos se ponen las bases para trabajar con la infancia. Y un segundo bloque referido a los trastornos psicopatológicos, su evaluación y tratamiento. La sucesión de los trastornos, en los diferentes capítulos, se ha realizado teniendo en cuenta el proceso evolutivo de experiencias y aprendizajes que se

realizan en función de la edad y cómo la presencia de dificultades en un inicio puede afectar el desarrollo posterior.

Concretamente el primer bloque está formado por cuatro capítulos, en los que se comienza por una **aproximación histórica a la psicología clínica infanto-juvenil.** Su objetivo es introducir cronológicamente las aportaciones de las diferentes áreas de la ciencia que han contribuido al conocimiento de la infancia y a la constitución de esta disciplina. Para ello, se realiza una agrupación de las áreas de conocimientos que han contribuido a comprender la infancia, desde la pedagogía, la fisiología, la psiquiatría del adulto y la psicología, entre otras, hasta llegar a nuestros días. Se pretende ofrecer una panorámica de cómo los conocimientos han ayudado a la comprensión de la infancia y a la constitución de la psicología clínica infantil. El segundo capítulo se centra en proporcionar las bases de la **evaluación infantil.** Para ello, además de las características generales, también se plantean los aspectos específicos que tiene que considerar el profesional en cada edad cronológica. La población infanto-juvenil tiene características específicas en la evaluación e intervención que hacen que una formación general en ambas áreas no sea suficiente para trabajar con niños y adolescentes. Trabajar con esta población implica el trabajo con padres y profesores; por tanto, el psicólogo debe poseer los conocimientos para el trabajo, tanto con niños como con adultos. Además, es importante considerar las características de cada etapa evolutiva que proporcionarán los conocimientos para marcar el límite entre lo saludable y lo problemático. El tercer capítulo se centra en establecer las **características de la acción terapéutica en la infancia,** desde los aspectos legales hasta las aproximaciones teóricas que son referentes en la intervención terapéutica en estas etapas. Tanto el capítulo de evaluación como de tratamiento pretenden proporcionar las bases para realizar intervenciones psicológicas en la infancia y adolescencia. El último capítulo de este bloque se centra en el **dibujo infantil.** Se ha dedicado un capítulo independiente a esta técnica de evaluación e intervención dada su relevancia en la infancia. En este capítulo se proporciona información sobre el desarrollo de la representación gráfica en el niño. Estos referentes permitirán comprender las características de un determinado dibujo realizado por un niño en una determinada edad cronológica, permitiendo posteriormente comprender tanto los aspectos formales como simbólicos del dibujo y su posible significado, con la finalidad de realizar hipótesis que ayuden a comprender al niño y complementar las áreas de evaluación. También se presenta cómo esta técnica puede ser utilizada en el tratamiento y la evaluación del progreso terapéutico.

En el segundo bloque se abordan los trastornos más frecuentes en la infancia y adolescencia, teniendo en consideración el proceso evolutivo. En cada uno de estos trastornos se plantea inicialmente su descripción, así como la evaluación e intervención específica. Al final se presenta un caso práctico que ilustra los contenidos presentados y preguntas para verificar su comprensión. El primer trastorno es la **conducta alimentaria,** donde se muestran las pautas y hábitos alimentarios desde la infancia y las posibles experiencias que pueden influir en su aprendizaje. Así, partiendo del desarrollo evolutivo normal de los niños, en relación a la alimentación, se describen los posibles problemas que pueden presentarse. A

continuación se plantea la metodología de evaluación a seguir, las estrategias de intervención y los tratamientos con evidencia empírica. En el siguiente capítulo se describen los **trastornos de excreción: enuresis y encopresis.** Se indica el significado que este aprendizaje tiene para el niño y cómo modula sus relaciones interpersonales presentes y futuras. Se presentan las características de este trastorno en función de la edad, para posteriormente plantear la evaluación e intervención, en los casos que proceda.

A continuación se aborda el **trastorno por déficit de atención con hiperactividad** en la infancia y adolescencia, describiendo las bases neuropsicológicas y ambientales del TDAH. El proceso evolutivo de los niños con TDAH se describe haciendo referencia a las diferentes áreas del funcionamiento afectadas, señalando la dificultad de realizar un buen diagnóstico. Por ello se presentan los instrumentos y procedimientos para detectarlo, evaluarlo y diagnosticarlo. Así mismo, se propone una aproximación terapéutica cuando corresponda. El siguiente capítulo explica los **trastornos de ansiedad,** describiendo las características de los principales trastornos y sus manifestaciones según la edad. Es un capítulo amplio por la diversidad de trastornos que comprende. Esta realidad conlleva que los aspectos relacionados con la evaluación tengan que considerar los diferentes cuadros sindrómicos y la edad para realizar un diagnóstico adecuado y diseñar la intervención.

El capítulo que se desarrolla a continuación aborda los **traumas y estresores** que pueden tener repercusiones psicopatológicas en los niños y adolescentes. Para ello, se presenta una definición de estos términos, y el impacto que pueden tener en el niño en función de la edad y el estresor. Se describe la sintomatología asociada y situaciones que pueden ser causa de estrés en esta etapa. Una vez planteadas las características que los determinan, se presentan los instrumentos de evaluación y las técnicas de intervención. A continuación, se abordan los **trastornos depresivos** teniendo en cuenta el desarrollo evolutivo normal y la importancia de las características de las relaciones de apego en el desarrollo de este trastorno. Se presentan los factores de riesgo más comunes, la dificultad de identificar los síntomas y cómo los diferentes tipos están asociados tanto a la edad cronológica como al momento de presentar la sintomatología. Los instrumentos y técnicas para su evaluación son presentados, así como los programas de intervención. En el capítulo dedicado a la **esquizofrenia infantil** se incide en los aspectos diferenciales con respecto a la etapa adulta. Se presenta la dificultad de su diagnóstico en las edades tempranas y la comunalidad de síntomas con la deficiencia mental. Esta dificultad se encuentra también en la evaluación y diagnóstico. Si bien los conocimientos en este trastorno han avanzado, aún quedan aspectos a subsanar para tener mejores instrumentos de evaluación. Esta misma situación se encuentra en los principales tratamientos que se están aplicando en la actualidad. El último capítulo presenta el **trastorno del espectro autista,** en el que se describe el proceso histórico de comprensión de este trastorno y las carencias de conocimientos que todavía existen. Teniendo en consideración esta situación, se realiza la conceptualización actual del trastorno, la sintomatología en función de la edad y los instrumentos y procedimientos de evaluación e intervención actualmente recomendados.

El conjunto del contenido de este libro quiere dar respuesta tanto a los estudiantes de

psicología que se encuentran en formación como a los clínicos. En él se ofrece una visión clara y ordenada de los comportamientos y expresión de emociones esperables según el nivel de desarrollo del niño y adolescente. Es novedosa la presentación en esta forma por ofrecer una visión completa y desde una perspectiva evolutiva de las bases que necesita el clínico para su actividad profesional y de los trastornos más comunes en la infancia.

El trabajo terapéutico con niños y adolescentes nos permite atender las dificultades desde el origen, para acompañarlos hacia una vida adulta saludable.

Desde aquí queremos animar a todos los profesionales que deciden trabajar en esta etapa de la vida. La aportación que cada uno de nosotros hace a la infancia con nuestras interacciones forma parte de la construcción que ellos mismos hacen de su personalidad, su emocionalidad y su propio futuro.

REMEDIOS GONZÁLEZ
INMACULADA MONTOYA

1

Aproximación histórica a la psicología clínica infanto-juvenil

KONSTANZE SCHOEPS
REMEDIOS GONZÁLEZ

OBJETIVOS DEL CAPÍTULO

El objetivo de este capítulo es dar una visión resumida sobre la evolución de la psicología clínica infanto-juvenil a lo largo de la historia, siguiendo los rastros que han dejado las diferentes áreas científicas en el conocimiento sobre la infancia, como son la medicina, la pediatría, la pedagogía, la psiquiatría y la psicología.

Para ello, a continuación se realizará una breve exposición de las aportaciones históricas que principalmente han permitido el desarrollo y la constitución de la psicopatología infantil.

En primer lugar se muestra la evolución del concepto de «locura» (enfermedad mental) a lo largo de la historia médica hasta la aparición de los primeros trabajos pediátricos sobre los problemas en la infancia.

En segundo lugar se introducen las bases de la pedagogía, impulsada por los cambios políticos e ideológicos del siglo XVIII tras la Revolución francesa, que ayudan a comprender las necesidades educativas de los niños tanto normales como deficientes.

En los siguientes apartados se exponen las aportaciones de la reforma psiquiátrica a finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX, que inician la constitución de la psicopatología infantil.

Por último, se presentan las principales teorías psicológicas de los últimos dos siglos, así como los avances en investigación y en el tratamiento que han dado importancia a la psicología clínica infantil como disciplina científica.

1. INTRODUCCIÓN

La psicología clínica infanto-juvenil es un campo científico relativamente joven que se constituye a finales del siglo XIX y principios del XX como resultado de la confluencia de diversas disciplinas, como la medicina pediátrica, la psiquiatría general, la pedagogía, la psicología clínica y la psicología del desarrollo. Los avances y también los retrocesos en su desarrollo durante los últimos tres siglos fueron descritos por diferentes autores, entre ellos Achenbach (1974), Cameron (1956), Domènech y Corbella (1997), González, Calvo y Sifre (2000), Kanner (1959), Ollendick y Hersen (1986), Parry-Jones (1989) y Warren (1974).

Como señaló Achenbach (1974), la breve historia de la psicología clínica infantil no puede ser presentada como una progresión continua hacia un mayor conocimiento y una mejora en las formas de tratamiento. El progreso parece haber seguido un **curso cíclico,** dependiendo de las actitudes sociales hacia los niños, así como de las teorías prevalentes sobre psicopatología. Las distintas formas de entender y tratar los trastornos psicopatológicos infantiles se han visto reflejadas en las actitudes y opiniones a lo largo del tiempo de los diferentes modelos teóricos desarrollados.

Según Aries (1962), antes del siglo XVII no existía una psicopatología infantil, y las concepciones sobre los trastornos de conducta en el niño eran idénticas a las existentes para explicar los **trastornos en los adultos.** El concepto de infancia se basaba en la opinión que los niños eran simplemente adultos pequeños, o *homunculi* («hombres pequeños»). No se reconocía a los niños como tales, sino que eran vistos como adultos, con problemas similares, esperando de ellos una conducta parecida a la de los adultos, pero sin derechos, y considerándolos como propiedad de los padres a todos los efectos. Tampoco había actividades específicas, juegos o literatura para niños (Knopf, 1979).

Las razones más plausibles para explicar esa concepción ajena del niño parecen estar relacionados por un lado con la gran **mortalidad** que existía entre los niños, y por otro lado su presencia en el **mundo laboral.** Se calcula que dos de cada tres niños morían antes de alcanzar los cuatro años, y los que sobrevivían se convertían en una mercancía de gran valor como fuerza de trabajo (Ollendick y Hersen, 1986).

Por el contrario, el **último siglo** se ha caracterizado por extensas investigaciones sobre la infancia, realizándose importantes esfuerzos para comprender, evaluar y tratar los trastornos afectivos y de conducta de los niños. Ha habido una explosión de conocimientos, lo que se ve plasmado en numerosos textos de psicología infantil.

2. APORTACIONES DE LA MEDICINA Y PEDIATRÍA AL DESARROLLO DE ESTA DISCIPLINA

Desde la antigüedad existen referencias de las enfermedades mentales en los niños a través de estudios de la conducta anormal, extraña, bizarra y de la enfermedad mental. Pero aún más temprano, las **civilizaciones y culturas primitivas** intentaban explicar los trastornos físicos y mentales con fenómenos sobrenaturales. Dentro de este contexto, las enfermedades mentales son provocadas por una crisis en el sistema mágico-religioso y son atribuidas a la violación de un tabú, a la omisión de los rituales o a posesiones demoníacas (Bernstein y Nietzel, 1980).

De los conocimientos médicos de la **Grecia clásica** y del **Imperio romano,** que constituyen la base de las modernas concepciones científicas, surge el concepto de la «locura» basándose en los escritos hipocráticos (siglo IV a. C.). La enfermedad mental pasa a ser considerada como el resultado del «desequilibrio biológico u orgánico» y no como una maldición o imposición divina. Hipócrates postuló su teoría de los cuatro humores, a partir de los cuales las personas eran clasificadas en temperamentos (sanguíneo, colérico, melancólico y flemático). Creía que estas substancias humerales indicaban la orientación emocional predominante, y que cuando se desequilibraban producían los trastornos mentales. En la obra *Corpus Hippocraticum* se describen patologías de enfermedades neurológicas y mentales, así como una clasificación de los trastornos mentales en manía (excitación incontrolada), melancolía (depresión severa) y demencia (declive general) (González, Calvo y Sifre, 2000).

A pesar de estos conocimientos, dominaba la intolerancia por los problemas físicos, emocionales e intelectuales de los niños. Así, en la antigua Roma los niños que presentaban trastornos graves o deformaciones físicas eran depositados por sus padres en el Tíber para liberarse de esa carga. Las prácticas de abusos e infanticidio eran igualmente aceptadas entre los antiguos griegos y romanos.

En el siglo II nació una gran figura de la medicina romana, Galeno, que continuó con la obra hipocrática. Su contribución más importante, dentro del campo de la psicología, fue su teoría de los temperamentos, que dio origen a los planteamientos biotipológicos sobre las diferencias individuales y de personalidad (Pinillos, 1962).

Con la aparición del cristianismo vuelve la demonología y el pensamiento religioso que reprime la investigación científica. En el mundo cristiano de la **Edad Media** se afirmaba que los espíritus demoniacos eran responsables de los comportamientos anormales. La conducta desviada se veía como perversa, pues suponía una acción contra Dios, provocada por el demonio, y se buscaba curaciones de carácter celestial en la lucha contra él (Schumer, 1983). Como resultado, los niños y adultos que mostraban alteraciones de conducta eran rechazados, humillados e incluso encarcelados o quemados en la hoguera.

En esta época, los árabes, que tenían una actitud más humanística hacia los enfermos mentales, crearon escuelas médicas y fundaron algunos asilos donde recibían tratamiento.

La situación de los niños en este período se caracterizaba por un trato impropio, considerándolos como adultos. No existía ningún reconocimiento sobre las capacidades

cognitivas del niño, ni actividades específicas para favorecer su desarrollo. Los niños deficientes o con trastorno de comportamiento eran una carga para sus padres y muchos eran asesinados o eran tratados como endemoniados adultos, siguiendo su misma suerte. Los niños «sanos» eran vendidos como mano de obra barata a edades muy tempranas, y el trato que se les dispensaba era en ocasiones brutal (Ollendick y Hersen, 1986).

Hasta el siglo XII no empezó a cambiar la valoración social del niño. En efecto, la Iglesia consideraba el infanticidio como un pecado grave y la legislación civil lo igualó con el asesinato. Como resultado, se empezaron a crear orfanatos primero en Italia, propiciado por el Papa Inocencio III, y más tarde en España, concretamente en Valencia en el siglo XIV (González, Calvo y Sifre, 2000).

El **Renacimiento científico** está marcado por un cambio radical de mentalidad y un nuevo tipo de cultura, contrapuesta a la del clérigo medieval, generando un nuevo prototipo de hombre culto: el humanista del siglo XV y el literato del XVI. Surgieron nuevos campos de estudio dentro de la medicina, como la fisionomía y la morfología, intentando relacionar el carácter con variables somáticas. El médico español Juan Huarte (1530-1592), en su libre *El examen del ingenio del hombre* (1574), propuso la teoría de que las variaciones de la capacidad intelectual del hombre pueden atribuirse a diferencias en el temperamento, anticipándose a las modernas teorías de la psicología diferencial (Pinillos et al., 1965).

En esta época los progresos científicos en el campo médico, sobre todo relacionados con los conocimientos anatómicos, fisiológicos y biológicos, despertaron el interés sobre los trastornos mentales, y en particular condujeron a la preocupación por su clasificación. En relación con ello se publicó en 1602 el tratado general de medicina *Praxeos Medicae* («Práctica médica»), del suizo Félix Platter (1536-1614), en el que aparece la primera clasificación de enfermedades mentales, basada en una teoría de origen orgánico-humoral. Se interesó por aspectos epidemiológicos de la debilidad mental, siendo el primero en señalar las clases hereditarias de la enfermedad mental y en proponer un tratamiento pedagógico (Domènech y Corbella, 1997).

Como resultado, el estatus del niño comenzó a cambiar y a mediados del siglo XVI hubo un marcado interés por el aprendizaje escolar, especialmente en la clase media. Pronto aparecieron los **primeros textos pediátricos,** *De egritudinibus et remedio infantil* («La enfermedad y el tratamiento infantil») de Paolo Ballegardo (1498), como muestra de una creciente preocupación por el cuidado de la infancia. En España e Inglaterra, en este período, se publicaron también los primeros textos referidos a la infancia, entre ellos *The boke of chyldren* («El libro de niños») de Thomas Phayre (1545), *Libro de las enfermedades de los niños* (Luis Lobera de Ávila, 1551), *Libro de los casos y enfermedades de los niños recién nacidos* (Francisco Nuñez de Coria, 1580). Las referencias a la psicopatología infantil que se encuentran en estos textos se centran en torno a la misma temática: el insomnio y los terrores nocturnos, los miedos, la epilepsia y la enuresis (Illick, 1974). Todas estas aportaciones prepararon el camino del gran desarrollo que en todas las áreas de conocimientos se dará

posteriormente.

A finales del siglo XVIII se desarrollaron ideas sobre la constitución, el carácter y el temperamento, apareciendo una **orientación anatomo-clínica,** un movimiento principalmente representado por la medicina francesa. Su figura más representativa fue Jean Noël Hallé (1754-1822), con su interés por el análisis de las diferencias que caracterizan los temperamentos humanos.

En esta misma época el alemán Franz Joseph Gall (1758-1828), profesor de fisiología cerebral en Viena, desarrolló una nueva teoría sobre las facultades mentales y su relación con determinadas localizaciones cerebrales: la **frenología.** Gall postuló que el cerebro era el órgano de la mente, formado por un conjunto de facultades mentales innatas. Éstas dependían de estructuras cerebrales, las cuales a su vez se correspondían con protuberancias particulares de la superficie exterior del cráneo. Este planteamiento fixista contradecía que la dimensión somática o la constitución influyera sobre las facultades intelectuales y morales.

Otra figura importante de la medicina alemana fue Franz Anton Mesmer (1734-1815), quien descubrió lo que él llamó magnetismo animal y que hoy es conocido como **mesmerismo.** Formuló la hipótesis de que el hombre estaba dotado de un fluido magnético especial que, cuando se liberaba, podía producir efectos curativos. La evolución de las ideas y prácticas de Mesmer hicieron que James Braid (1795-1860) desarrollara la hipnosis en 1842 como tratamiento eficaz en casos de parálisis, jaquecas, epilepsia y otros trastornos.

Finalmente, cabe señalar que los trastornos infantiles, en esta época, eran tratados como los del adulto, y es sólo a partir del siglo XIX cuando se plantea que la psicopatología del niño es diferente de la del adulto. Aun así, los movimientos científicos desde la medicina hipocrática hasta los últimos hallazgos neurológicos marcaron el camino hacia la psiquiatría, la psicopatología y, por supuesto, la psicología clinica infantil.

3. BASES DE LA PEDAGOGÍA QUE AYUDAN A SU COMPRENSIÓN

Los siglos XVII y XVIII están marcados por la **edad de la Razón** y se caracterizan por un respeto y confianza en la fuerza de la razón humana, produciéndose grandes progresos tanto en la filosofía (Descartes, Bacon, etc.) como en la ciencia (Galileo, Newton, etc). Comienza una evolución de las ideas y conceptos de la mente y de la enfermedad mental, ya que se basan en criterios metodológicos desarrollados por otras ciencias. Como fruto de este desarrollo, se plantea la diferenciación entre la niñez y la edad adulta, comenzando a tenerse en cuenta. Esto se refleja en el dibujo y el arte, formas de vestir, juegos y literatura infantil (Illick, 1974).

A nivel pedagógico cabe mencionar el conjunto de actividades y conocimientos que se encuentran sobre los niños sordomudos desde mediados del siglo XVI. El primer representante fue el fraile benedictino Pedro Ponce de Leon (Ajuriaguerra, 1979), que enseñó a hablar, leer y escribir a niños sordomudos. Su obra fue continuada por Juan Pablo Bonet (1579-1633) y Manuel Ramírez de Carrión, quien escribió *Reducción de las letras y artes de enseñar a*

hablar a los mudos (1629).

De esta época es el texto sobre el lenguaje de las manos del médico inglés John Bulower, que dio origen a uno de los métodos de reeducación de lenguaje para sordomudos, todavía vigente. En Alemania y Francia destacan Jean Conrad Amman (1669-1724), con su libro *Sordus loques* («Sordos hablando», 1692), así como Abbé de l'Epeé (1712-1789), que fundó, junto con L'Abbé Sicard, la Institución Nacional para Sordomudos en París en 1770.

Los cambios mencionados tanto políticos como ideológicos del siglo XVIII, tras la Revolución francesa, así como las fuerzas filosóficas que introdujeron una nueva visión del niño como *tabula rasa* («mente vacía»), propiciaron la creación de la escuela pública en Francia, que pronto se extendió por Europa, y de las primeros centros específicos para el **tratamiento y educación de la infancia** (González, Calvo y Sifre, 2000).

En este sentido, el filósofo inglés John Locke (1632-1704) planteó nuevas ideas sobre la educación al niño que son recogidas en *Some thoughts concerning education* («Algunos pensamientos sobre la educación», 1693). Según este autor, el niño era considerado como un individuo con la mente «vacía», es decir, sin cualidades innatas, de modo que sus habilidades, carácter, motivaciones y problemas posteriores eran fruto del aprendizaje, a través de las experiencias a las que está expuesto. Estas propuestas de Locke, puramente ambientalistas, estaban a favor de promover el juego, del estudio de las lenguas extranjeras, de la educación del control de esfínteres en los primeros años y de la abolición de los castigos físicos. Como resultado, los padres se convirtieron en educadores de sus hijos y se prestaba más atención a su desarrollo.

En Francia fue Jean-Jacques Rousseau (1712-1778), cuyas ideas educativas rompieron con el sistema tradicional. Al contrario que Locke, Rousseau postuló que el niño nacía bueno y podía aprender espontáneamente si se le proporcionaba el ambiente adecuado. Por tanto, la educación debía promover el desarrollo físico y espiritual del niño basándose en su potencial innato.

A partir de los planteamientos filosóficos de Rousseau, el pedagogo suizo Johann Heinrich Pestalozzi (1746-1829) desarrolló los principios pedagógicos que fueron las bases educativas para las primeras escuelas y asilos infantiles en Europa. El primer *Kindergarten* («guardería infantil») fue fundado en Alemania en 1840 por Friedrich Froëbel, y posteriormente en los Estados Unidos, concretamente en 1860. La creación de estos centros incidió en la observación de la conducta infantil y promovió la investigación del juego como principal actividad del niño, considerándolo como la forma donde mejor se expresa.

Los primeros trabajos sobre la **educación y socialización de los niños deficientes** tienen su origen en los casos de los *niños salvajes*. En el siglo XVIII Rousseau recogió sistemáticamente los casos descritos de niños que se desarrollaron en la naturaleza salvaje, sin contacto con otras personas durante los primeros años de su vida. Su filosofía acerca de la estimulación sensorial, o su ausencia, como principal determinante de la conducta, constituyó la base para los primeros trabajos de Itard y Seguin en el siglo XIX.

Fue en 1801 cuando el psiquiatra Jean Itard (1774-1838) recibió a Víctor, un *niño salvaje* encontrado en los bosques de Averyron (Francia). Se encargó de su tratamiento basándose en la repetición de la estimulación sensorial. Dicha planificación fue diseñada para socializar y educar al niño, pero no obtuvo los resultados deseados. Posteriormente concluiría que su fracaso se había debido a que el niño era deficiente (Ollendick y Hersen, 1986). Aun así, el caso de Víctor se considera piloto en la historia del tratamiento psicopedagógico infantil (Achenbach, 1982).

Édouard Séguin (1812-1880), discípulo de Itard, inició el tratamiento de los deficientes mentales en el hospital Bicêtre, en París. Junto con La Salpêtrière, están considerados como los primeros centros psiquiátricos infantiles que contaban con una escuela para niños deficientes. La obra de Séguin *El tratamiento moral, higiene y educación de los idiotas y otros niños retrasados* expone sus investigaciones sobre las causas, naturaleza y tratamiento del retraso mental. Su emigración a los Estados Unidos impulsó el desarrollo de la psiquiatría infantil y la creación de escuelas especiales para deficientes mentales más allá de Europa.

Aunque los avances en el tratamiento humano de los niños con deficiencias mentales sugeridos por Itard, Séguin y otros no fueron incorporados completamente hasta mediados o finales del siglo XIX, éstos sentaron las bases para la comprensión de las necesidades educativas tanto del niño normal como del deficiente.

4. APORTACIONES DE LA PSIQUIATRÍA A SU CONSTITUCIÓN

El impacto de los cambios políticos y sociales surgidos de la Revolución francesa alcanzó a los enfermos mentales. El clima intelectual y crítico de la época llevó a un cambio en las condiciones inhumanas de los hospitales mentales y despertó el sentido de responsabilidad de la comunidad hacia sus miembros más débiles, en especial hacia los niños (Zilboorg y Henry, 1941).

Esta dinámica revolucionaria propició un verdadero cambio en cuanto al tratamiento de los enfermos mentales, incluyendo al niño y al adolescente, reclamando un **tratamiento moral** basado en la bondad e indulgencia y no en el castigo. La implantación y el desarrollo de esta nueva aproximación a la enfermedad mental constituye el precursor de la reforma psiquiátrica moderna en general y el inicio del tratamiento infantil en particular (González, Calvo y Sifre, 2000).

Dicho movimiento se inició en Italia con Chiarugi, y se extendió por Europa gracias a Pinel en Francia y a Tuke en Inglaterra. Los manicomios dejaron de ser «depósitos de locos» y pasaron a ser centros psiquiátricos para cuidar y tratar a los enfermos mentales (Domènech y Corbella, 1997).

Bajo el mandato del Gran Duque de Toscana Pedro Leopoldo (1749-1792), el médico Vicenzo Chiarugi (1759-1820) llevó a cabo reformas humanitarias en los hospitales italianos. Dictó un reglamento que afirmaba de forma específica el deber de respetar al individuo loco,

así como la prohibición de aplicar fuerza física o métodos crueles. Además, estableció medidas higiénicas y de seguridad. Su programa terapéutico combinaba el tacto y la comprensión con la firmeza, promoviendo un tratamiento individualizado en función del diagnóstico: melancolía (locura parcial), manía (locura general) o amencia (funcionamiento anormal del intelecto y de la voluntad).

En la misma época, William Tuke (1732-1819) abrió en 1796 en York (Inglaterra), de forma independiente, un nuevo tipo de institución para los enfermos mentales, *The York Retreat*. En el Retiro vivieron los pacientes como huéspedes, en una atmósfera amistosa, formando una pequeña comunidad, libre de toda influencia médica y practicando trabajos de tipo manual.

El momento ideológico y político en Francia favoreció el movimiento del tratamiento moral en el siglo XIX, convirtiendo la escuela francesa, probablemente, en la más importante de este período. El énfasis de los psiquiatras se situaba en el estudio clínico del paciente, el análisis de los síntomas, su descripción detallada y diferenciación, así como aspectos neurológicos y nuevas legislaciones de la enfermedad mental. Como consecuencia, se observaba una mejora de las instituciones y los hospitales para los enfermos mentales.

Por un lado, destaca el médico francés Philippe Pinel (1745-1826), quien puso en práctica el tratamiento humanitario para los enfermos mentales masculinos en el Hospital Bicêtre, del cual se convirtió en director en 1792, y más tarde para las pacientes mujeres en el Hospital Salpêtrière, ambos en París. El gran reconocimiento de Pinel se debe en primer lugar a la liberación de las cadenas y la prohibición del castigo de los internados. En segundo lugar, su esfuerzo de analizar y clasificar síntomas de las enfermedades mentales en cuatro clases: melancolía (función intelectual alterada), manía (excesiva excitación nerviosa), demencia (procesos del pensamiento alterados) e idiocidia (facultades intelectuales y afectos alterados). Pinel insistió en las causas naturales (orgánicas) de la «locura« (Ollendick y Hersen, 1986).

Por otro lado, Jean Étienne Esquirol (1772-1840), discípulo de Pinel, contribuyó de forma importante en el acta del enfermo mental, que tuvo gran difusión posteriormente. En 1837 publicó *Les Maladies Mentales* («Las enfermedades mentales»), donde definió, clasificó y determinó las deficiencias mentales, dependiendo del grupo de edad. Según Esquirol, las emociones jugaban un papel importante en la etiología de la enfermedad mental, de manera que formaban parte de su tratamiento terapéutico.

Las mejoras que tuvieron lugar tras el movimiento del tratamiento moral del enfermo mental incidieron en el interés y la preocupación por la infancia. Así, a finales del siglo XIX se alcanzó la idea de responsabilidad pública de los niños y adolescentes, reconociendo sus necesidades específicas debido a su naturaleza indefensa y débil.

Durante el siglo XIX, el incremento del contenido científico fue más lento en comparación con los avances a nivel social. En las publicaciones de la época aparecen con mayor frecuencia temas relacionados con la psicopatología infantil, principalmente las referencias a la epilepsia, a la deficiencia mental, y todo lo que tiene que ver con los factores sociales que

inciden en la enfermedad mental de los niños. A continuación señalaremos los **primeros textos de la psicopatología infantil,** al menos los más relevantes para el desarrollo del conocimiento sobre la infancia (González, Calvo y Sifre, 2000).

En esta línea cabe mencionar el trabajo de Benjamin Rush (1745-1815), quien es considerado como el padre de la psiquiatría americana. Su obra *Medical Inquiries and Observations upon the Diseases of the Mind* («Las consultas médicas y observaciones sobre las enfermedades mentales»), publicada en 1812, trata del riesgo de los hijos de padres con cuadros psicopatológicos. Este autor afirmó que los cerebros de los niños eran demasiado inestables para retener los fenómenos mentales que causaran «locura». Por tanto, estaban menos predispuestos a desarrollar trastornos mentales que los adultos (Frame y Matson, 1987). Esta concepción dificultó el reconocimiento de la enfermedad mental infantil y su diferenciación de la del adulto.

En esta época se empiezan a encontrar capítulos enteros sobre la psicopatología infantil en textos generales de psiquiatría y de pediatría, bajo el influjo de la corriente organicista. Concretamente, John L. Down (1826-1896), en su libro *Mental Affections of Children and Youth* («Afecciones mentales de la infancia y juventud»), clasificó la *idiocidia* («retraso mental») en tres grupos etiológicos: de origen hereditario, por lesiones traumáticas y por enfermedades/infecciones. Asimismo, destacó la importancia del entorno familiar y del contexto social sobre la enfermedad mental del niño y adolescente. Muy popularizada es la etiqueta de «niños mongólicos» que puso Down a uno de los subgrupos de su peculiar sistema de clasificación de los retrasos mentales según similitudes étnicas.

En la segunda mitad del siglo XIX se inician los escritos sobre la enfermedad mental infantil, realizando una diferenciación con la deficiencia o retraso mental. Podemos señalar tres autores que destacan por el impacto que tuvieron sus obras para el desarrollo de la psicopatología infantil: Griesinger, Maudsley y West.

El primero, el psiquiatra alemán Wilhelm Griesinger (1817-1868), dedicó una parte de su obra *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* («Patología y tratamiento de las enfermedades mentales») a los trastornos mentales infantiles, señalando que la manía y la melancolía podían padecerlas tanto los niños como los adultos. También lo hizo el psiquiatra inglés Henry Maudsley (1835-1918) en su libro *Physiology and Pathology of the mind* («Fisiología y Patología de la mente»), que está considerado como la primera clasificación en psicopatología infantil. Por último, Charles West (1816-1898) fue un pediatra muy conocido en Inglaterra, que describió en su libro *Lecture on disorders of the mind in childhood* («Discurso sobre los trastornos mentales en la infancia») síntomas conductuales y neuróticos de trastornos infantiles, que se diferenciaban de los trastornos mentales que padecían los adultos.

A partir de 1887 comenzaron a publicarse los primeros escritos específicos de psiquiatría infantil en Francia, Alemania e Inglaterra, y con ello empezó una primera **consolidación de la psicopatología** (Domènech y Corbella, 1997). En España se publicó el primer texto de

psiquiatra infantil en 1907 en Barcelona: *Compendio de psiquiatría infantil*, de Augusto Vidal Perera.

Según Frame y Matson (1987), dentro de la corriente organicista de la segunda mitad del siglo XIX destacan dos grandes aportaciones a la psicopatología. La primera es el descubrimiento de los factores orgánicos que podían causar síntomas mentales, tales como delirios, alucinaciones, cambios de humor y pérdida de memoria, lo que condujo al desarrollo de un modelo médico de los trastornos mentales. La segunda es la identificación de las condiciones patológicas realizada por el psiquiatra alemán Emil Kraepelin (1855-1926), que identificó y separó los trastornos afectivos de la esquizofrenia y señaló la importancia de la clasificación de los trastornos mentales. Su actitud hacia el estudio de las enfermedades mentales defendía la etiología orgánica, pero también abogaba por el análisis comportamental cuidadoso de los pacientes, proponiendo la investigación sistemática.

De la misma época de Kraepelin eran el psiquiatra suizo Eugen Bleuler (1857-1939) y el médico Adolf Meyer (1866-1950), también suizo. Por un lado, Bleuler señaló la importancia de los factores psicológicos tanto en el ámbito etiológico como en el terapéutico. Además, propuso sustituir el término «demencia precoz», introducido por Kraepelin, por el de «esquizofrenia», poniendo de relieve los aspectos de desdoblamiento de las diferentes funciones mentales o «disociación» de la personalidad. Por otro lado, Meyer emigró a los Estados Unidos, donde ejerció una enorme influencia sobre el desarrollo de la psiquiatría norteamericana. En su obra *Demencia precoz,* publicada en 1911, planteó su concepción teórica sobre el concepto de «tipos de reacción», rechazando el concepto de «enfermedad mental», especialmente su visión biológica y social de la personalidad.

Por último cabe mencionar al psicopatólogo alemán Karl T. Jasper (1883-1969), cuyo interés se centró en el estudio sistemático de los procesos patológicos, no estando interesado en su formulación en sistemas de clasificación.

Otra importante aportación a la psicopatología se encuentra en la psiquiatría dinámica representada por Jean Martin Charcot (1825-1893) y Hippolyte Bernheim (1840-1919). Gracias a estos dos neurólogos franceses, el estudio de las neurosis, y en especial de la histeria, consiguió el reconocimiento casi universal, y pasó a ocupar el primer plano de las nociones e investigaciones psiquiátricas.

A principios del siglo XX los trabajos de la psiquiatría infantil giraban en torno a los temas relacionados con los problemas neuróticos internalizados del niño, debido a la influencia del **psicoanálisis** (Ross, 1959). El máximo representante de esta corriente fue Sigmund Freud (1856-1939). Sus aportaciones revolucionaron tanto la psiquiatría como la cultura científica e intelectual del siglo pasado. Freud introdujo nuevos métodos terapéuticos como, por ejemplo, el tratamiento de los pacientes histéricos mediante la hipnosis. En relación con la psiquiatría infantil, señaló los estados de desarrollo psicosexual y que los problemas del adulto tenían su raíz en la infancia. Aunque los planteamientos freudianos recibieron fuertes críticas y dieron lugar a continuas controversias, nadie duda de su importancia para el desarrollo de la

psicología moderna.

Sin embargo, la aplicación de las teorías psicoanalíticas en la infancia se debe a los escritos de Anna Freud (1895-1980) y Melanie Klein (1882-1960) en la década de los años veinte. La hija de Sigmund Freud señaló en su libro *Introduction to the technique of child analysis* («Introducción a la técnica del análisis del niño», 1928) que, al contrario que en los adultos, los problemas del niño se sitúan en el presente y no en el pasado, insistiendo en la importancia de las experiencias en casa y en la escuela. Por su parte, Klein introdujo la terapia de juego, reemplazando la asociación libre.

Las teorías psicoanalistas durante las décadas de los cincuenta y sesenta dominaron la psicología clínica y psiquiatría del niño y adolescente. La psicoterapia que se ofrecía al niño tenía como objetivo modificar sus estructuras básicas de personalidad subyacentes, determinadas por las primeras relaciones con sus padres. En las primeras clínicas infantiles los psiquiatras psicoanalistas centraban su atención en los problemas neuróticos internalizados, fomentando el autoconocimiento y comprensión en el niño.

En esta misma época surgió también el **conductismo** como un modelo alternativo de tratamiento (Watson, 1924). Su fundador, el estadounidense John B. Watson (1878-1958), sostenía que el objetivo principal del tratamiento debía ser el ayudar al niño a adaptarse al entorno familiar y a las circunstancias ambientales. Watson es conocido por su controvertido experimento con el «pequeño Albert», una demostración empírica del condicionamiento clásico del miedo.

En la segunda mitad del siglo XX destacan las publicaciones del psicoanalista inglés John Bowlby (1907-1990) sobre su **teoría del apego,** que ayudó a comprender el desarrollo social afectivo del niño. El trabajo excepcional de Bowlby sobre el vínculo afectivo puso de relieve el carácter decisivo de la relación madre-hijo en la infancia. Las palabras «vínculo» y «apego» se convirtieron en definitorias de la relación íntima entre el niño y el adulto encargado de su desarrollo normal (Bowlby, 1951, 1969, 1973).

A partir de los años 70 el psicoanálisis entró en declive, mientras que el conductismo resurgió. Ambas teorías, frecuentemente vistas como antagonistas, centraban su atención en el niño y en el desarrollo de una psicopatología infantil. La teoría psicoanalista subrayaba el papel fundamental de las experiencias tempranas para el desarrollo de la personalidad tanto normal como anormal, mientras que el conductismo afirmaba que las fuerzas ambientales ejercían un papel dominante en el moldeamiento de la conducta del niño (Ollendick y Hersen, 1986).

5. EL IMPACTO DE LA PSICOLOGÍA DEL SIGLO XX EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL

El movimiento del tratamiento moral de los enfermos mentales y la creación de centros específicos para niños deficientes en Francia se propagaron primero por Europa, pues dicha

influencia llegó a los Estados Unidos con un retraso de casi medio siglo.

A finales del siglo XIX Lightner Witmer (1867-1956) estableció en 1896 la primera clínica psicológica para niños en la Universidad de Pennsylvania, dedicada exclusivamente al estudio, evaluación y tratamiento de los problemas infantiles. Witmer introdujo el término de «psicólogo clínico» y centraba su trabajo en la psicoeducación. Sus métodos eran una extensión de las estrategias formuladas por Itard y Séguin, basadas en el diagnóstico temprano y su corrección mediante ejercicios repetitivos de estimulación sensorial.

En este período surgieron simultáneamente los movimientos de **Higiene Mental,** cuyo nombre fue acuñado por Meyer, y de orientación infantil, ambos promovidos por Clifford Beers (1876-1943). Estos movimientos impulsaron por un lado la creación de centros específicos para niños con enfermedad mental y por otro lado la promoción de condiciones adecuadas en los centros de salud mental (Achenbach, 1982; Frame y Matson, 1987; Musto, 2007; Ollendick y Hersen, 1986).

Como consecuencia, en 1909 se fundó el *National Committee for Mental Hygiene* («Comité Nacional para la Higiene Mental») con el objetivo de educar a la comunidad respecto a las enfermedades mentales, mejorar el cuidado de los enfermos y prevenir la enfermedad mental. En relación con los problemas infantiles, el Comité resaltó su importancia y prevención a través de la asistencia social psiquiátrica, los hospitales mentales y la intervención con equipos multidisciplinares *Holy Trinity* («santísima trinidad»), compuestos por un asistente social, un psicólogo y un psiquiatra (Schwartz y Johnson, 1985).

Con la creación de la *American Orthopsychiatric Association* («Asociación Americana de Ortho-Psiquiatría») en 1929 y del *National Institute of Mental Health* («Instituto Nacional de Salud Mental») en 1949 aumentó la creación de consultas externas y servicios de salud mental dedicados al tratamiento mental del niño. Así, Leo Kanner abrió en 1930 la primera clínica psiquiátrica en una unidad pediátrica en la Universidad de John Hopkins, y Lauretta Bender dirigió en 1934 la primera unidad infantil en el hospital psiquiátrico Nueva York Bellevue Hospital (Chess y Hassibi, 1986). Ambos destacan, además, por sus descripciones de trastornos infantiles importantes como el autismo precoz (Kanner, 1943) y la esquizofrenia infantil (Bender, 1942).

Esta época estuvo marcada por la concienciación y preocupación por la delincuencia como uno de los fenómenos más graves, peor comprendidos y tratados de la infancia, y en especial en la adolescencia (Berlin, 2006). El neurólogo William Healy (1915) abordó el estudio y tratamiento de la delincuencia y fundó en Chicago el *Juvenile Psychopathic Institute*, más tarde renombrado como *Institute for Juvenil Research* («Instituto de Investigación Juvenil»). Healy, en su obra *New light on delinquency and its treatment* («Nueva luz sobre la delincuencia y su tratamiento»), aportó datos sobre el papel de las familias disfuncionales, las condiciones sociales adversas y la pobreza como factores significativos en el origen de la delincuencia (Gardner, 1972).

El desarrollo del **movimiento de orientación infanti**l (*Child guidance*) en los Estados

Unidos siguió al trabajo iniciador de G. Stanley Hall, quien ideó la *baby biograpy* («biografía del bebé») como un primer método científico para estudiar la infancia. La metodología de Hall consistía en recoger datos sobre el niño en diversas áreas como habilidad motora, miedos, sueños y emociones, sacadas de cuestionarios de los padres, maestros y de los mismos niños. Hall fue pionero en el estudio científico del niño *per se,* proporcionando las pautas evolutivas necesarias para poder valorar las conductas normales y anormales en los niños (Ross, 1972; Watson, 1959). Esta disciplina fue denominada «psicología genética» o «psicología del desarrollo».

Uno de los discípulos de Hall fue Lewis Terman (1877-1956), cuyas aportaciones abarcan tanto el desarrollo de los **tests de inteligencia** como los estudios longitudinales con niños. Sus aportaciones son muy importantes para el estudio y la comprensión del desarrollo del niño y del adolescente.

El estudio de las capacidades mentales tiene su origen en los trabajos sobre las diferencias individuales intelectuales de Francis Galton (1822-1911). Su obra *Hereditary genius* («Genio hereditario», 1869), junto con la de su primo Charles Darwin (1809-18882) *Origin of species* («Origen de las especies», 1859), defendían que la herencia fuera el aspecto central de la evolución humana (Schwartz y Johnson, 1895). Galton sostenía que los rasgos humanos eran heredados, mientras que el conocimiento se adquiría a través de los sentidos. Hizo un primer intento por evaluar la capacidad cognitiva mediante tests perceptivo-motores que consistían en discriminaciones sensoriales.

El primer test de inteligencia fue desarrollado por Alfred Binet (1857-1911) y Théodore Simon (1873-1961) en 1905 a petición del gobierno francés para identificar los niños con retraso escolar y los deficientes mentales. Su prueba medía diversos aspectos de la inteligencia, como lenguaje, conocimientos y razonamiento, a través de tareas tanto verbales como motrices. En una revisión del test, los autores agruparon los ítems cronológicamente y por grado de dificultad, con el fin de clasificar a los niños por nivel de funcionamiento intelectual alcanzado en edad, lo que denominaron «edad mental».

Volviendo a los Estados Unidos, Terman adaptó el test de Binet en 1916 en la Universidad de Standford al público americano, tomando el nombre de escala Standford-Binet. Con su adaptación se introdujo una nueva fórmula para puntuar los resultados del test, calculando el «cociente intelectual» (CI) de un niño, un término propuesto por el psicólogo alemán William Stern (1871-1938) y que hoy en día sigue empleándose.

Aunque Terman es conocido por los hechos expuestos anteriormente, era pionero en los estudios longitudinales sobre el desarrollo infantil. Durante 35 años (desde 1921 hasta 1958) realizó un seguimiento de un grupo de más de 1.000 niños superdotados para demostrar la estabilidad del CI (Achenbach, 1982). Entre los primeros estudios prospectivos se encuentran también los de Chess et al. (1963) y Thomas et al. (1968) sobre las diferencias de temperamento de los niños y el impacto resultante en el entorno y en el propio niño a lo largo de la vida, acuñando el término «adaptación madre-hijo».

El interés y las publicaciones en torno a la medida de la inteligencia, y a los tests en

general, fueron aumentando durante toda la primera mitad del siglo xx, despertando un interés creciente entre los psicólogos por el diagnóstico del niño. Los instrumentos más relevantes que surgieron en esta época son: el Test Rorschach (1921), el Goodenough (1926), el TAT (1935), el Bender-Gestalt (1938) y la escala de inteligencia Wechsler-Bellevue (1939). El desarrollo, la aplicación y la evaluación de estos tests tuvieron un impacto positivo sobre la investigación y consolidación de la psicología clínica, así como una positiva repercusión en la psicopatología infantil.

De esta misma época es Arnold L. Gesell (1880-1961), psicólogo y pediatra estadounidense especializado en el desarrollo infantil. Observó que la conducta del niño es el resultado de los estadios de desarrollo que atraviesa, y que las diferencias individuales específicas del comportamiento en niños pequeños pueden ser significantes para su desarrollo (Gesell, 1952).

La obra del suizo Jean Piaget (1896-1980) es, probablemente, la más importante relacionada con el estudio del desarrollo infantil. Su teoría sobre el **desarrollo cognitivo del niño** sostiene que los cambios que se producen en la conducta del niño reflejan las diferentes estructuras mentales y nuevas formas de pensar sobre el mundo que le rodea, lo que puede observarse en los distintos estadios (Piaget e Inhelder, 1969). Piaget resaltó la importancia de la interacción entre el niño y el ambiente, que incide en el rendimiento intelectual.

Por último hay que mencionar el trabajo del psicólogo ruso Lev S. Vygotsky (1896-1934), que fue un precursor de la perspectiva sociocultural centrada en las competencias cognitivas. Según Vygotsky, el desarrollo del niño consiste en la interiorización de instrumentos culturales (como el lenguaje) a través de la interacción social con el grupo social en el que nace.

Las aportaciones realizadas por los estudios del desarrollo infantil fueron fundamentales para el avance de la psicología clínica infantil, porque permitieron establecer las bases del desarrollo infantil «normal» como punto de partida para determinar el «desarrollo anormal». En la actualidad, el estudio del desarrollo infantil tiene un enfoque multifactorial, teniendo en cuenta la interacción de las variables biológicas, psicológicas y socioculturales.

6. ESTADO ACTUAL, AVANCES EN INVESTIGACIÓN Y TRATAMIENTO

Al llegar a este punto uno puede preguntarse: «cuál es el estado actual de la psicología clínica infantil?». Aunque ha progresado mucho en el último siglo a nivel cualitativo y cuantitativo, tanto en los conocimientos teóricos como prácticos, sigue siendo una disciplina que está al principio de su desarrollo. Por tanto, nuestro actual nivel de conocimiento debe considerarse rudimentario, puesto que seguimos aprendiendo continuamente sobre el desarrollo infantil y las complejidades de la comprensión y tratamiento de las diversas formas de patología en la infancia. Sin embargo, los últimos **avances en la investigación y en el tratamiento** en la psicología clínica infantil son abundantes (Berlín, 2006; Ollendick y Hersen, 1986; Rutter, 2014; Rutter y Stevenson, 2008; Wiener, 1988).

Así, los **estudios longitudinales** han aportado datos muy importantes sobre la continuidad y discontinuidad entre la psicopatología en la infancia y en la edad adulta (Rutter, Kim-Cohen y Maughan, 2006). Los autores de estos estudios coinciden en que los trastornos de conducta de los niños se asocian con un aumento en los factores de riesgo para los trastornos de conducta antisocial de los adultos (Laub y Sampson, 2003; Robin, 1966). Asimismo, los **estudios epidemiológicos** ofrecen la posibilidad de examinar hipótesis causales sobre cómo evolucionan las psicopatologías a lo largo de la vida (Cohen y Cohen, 1996; Elder, 1998; Moffitt, Caspi, Rutter et al. 2001).

Los progresos en la psicología clínica infantil se reflejan, además, en el desarrollo de nuevos **instrumentos de evaluación** estandarizados y en la introducción de nuevos sistemas de las **clasificaciones diagnósticas**. Por un lado, se introdujeron las entrevistas clínicas generales (Reich, 2000; Shaffer, Fisher, Lucas et al., 2000) y específicas, por ejemplo para la sintomatología autista (Rutter, Le Couteur y Lord, 2003), el diseño de dos versiones distintas del mismo cuestionario, una para niños y otra para padres (Achenbach y Edelbrock, 1981; Goodman, Ford, Simmons et al., 2003), nuevas escalas de inteligencia para adultos (WAIS) y niños (WISC-IV, Wechsler, 2003), así como tests de las funciones neuropsicológicas (CANTAB, 1987; Reitan y Wolfson, 1993; Robbins, James, Owen et al., 1998).

Por otro lado, se publicaron los sistemas de clasificación y diagnóstico altamente estandarizados del CIE-10 (World Health Organization, 1996) y del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Los estudios sobre las **influencias sociales** han sido importantes para comprender cómo la familia, la escuela, el grupo de iguales y la comunidad pueden afectar a la psicopatología infantil (Dodge, Dishion y Lansford, 2006; Hetherington, 2005; Rutter y Maughan, 2002; Sampson, Raudenbush y Earls, 1997). Más recientemente se ha señalado el impacto negativo de otras variables psicosociales, como el estrés tanto prenatal como postnatal, los abusos físicos y sexuales, así como el consumo de cannabis (Arseneault, Cannon, Witton et al., 2004; McEwan y Lasley, 2002; O'Connor, Monk y Fitelson, 2014; Rutter, 2005).

Otras aportaciones que han incidido en el afianzamiento de la psicopatología infantil se centran en el reconocimiento de las **variables ambientales** como factores de riesgo y de protección, así como las características de personalidad como variables mediadoras que influyen en los trastornos mentales (Plonim y Bergeman, 1991; Rutter, 2007).

En los últimos años ha aumentado el número de investigaciones sobre los déficits cognitivos subyacentes en los trastornos infantiles como autismo, esquizofrenia y TDAH (Pennington, 2002). Simultáneamente, se ha estudiado la relación entre los sesgos cognitivos y el origen de conductas antisociales, depresión y el desarrollo de las relaciones de apego (Bretherton, 2005; Dodge, Pettit, Bates y Valente, 1995; Main, Hesse y Kaplan, 2005; Teasdale y Barnard, 1993).

Los avances tecnológicos de las **neurociencias** han hecho posible el estudio funcional del cerebro humano, que permite mostrar imágenes de las regiones cerebrales que ejecutan una tarea determinada. Destacan los estudios con niños autistas que muestran poca actividad

cerebral en determinadas tareas mentales implicadas en habilidades socio-emocionales (Frith, 2003; Kana, Patriquin, Black et al., 2015).

Todos estos progresos han contribuido al reconocimiento de la importancia de las **influencias genéticas** sobre la psicopatología y la mayoría de los aspectos del funcionamiento psicológico. Las pruebas irrefutables aportaron numerosos estudios con niños gemelos versus adoptados (Plonim, DeFries, McClearn et al., 2001; Rutter, 2006; Vorria, Ntouma y Rutter, 2015). No obstante, la mayoría de los trastornos mentales reflejan una interacción compleja entre influencias tanto ambientales como genéticas (Rutter, Moffitt y Caspi, 2006).

Asimismo, la investigación **psicofarmacológica** ha avanzado con mucha rapidez, incrementando los tratamientos con psicofármacos de forma inquietante, sobre todo en los Estados Unidos (Brable, 2003; Wolraich, 2003). Hace 50 años, la dextroamphetamina era el único fármaco disponible para tratar a niños con TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad), mientras que en la actualidad se han desarrollado agentes farmacoterapéuticos para una amplia gama de trastornos infantiles: psicosis infantil, depresión en niños y adolescentes, síndrome de la Tourette, anorexia y bulimia nerviosas y trastorno obsesivo compulsivo (Campbell, 1988; McVoy y Findling, 2012; Weisz y Jensen, 1999). Es importante señalar que la mayoría de estos fármacos no fueron aprobados explícitamente para niños, sino extrapolados del ámbito adulto, sin preocuparse por los efectos secundarios. Sin embargo, las propias empresas farmacéuticas promueven la investigación sobre sus mecanismos de actuación y sus efectos a largo plazo para los niños y adolescentes para hacerlos más seguros y más eficaces (Bundgaard, Larsen, Jorgesen et al., 2006).

Mientras que la psicología clínica infantil ha progresado mucho gracias a los avances en investigación y tratamientos, han surgido nuevas teorías que intentan explicar la psicopatología infantil a nivel teórico. Probablemente la más relevante es la **psicopatología del desarrollo,** que se deriva de los estudios sobre el proceso del desarrollo del niño, que está modulado por variables ambientales y factores biológicos. La teoría se centra en la continuidad y discontinuidad de la conducta normal y anormal a través de los procesos del ciclo vital (Achenbach, 1982; Rutter y Stevenson, 2008; Wilmshurst, 2005).

Finalmente, los **servicios de salud mental** en las clínicas han evolucionado tras los progresos tanto a nivel práctico como teórico. Aunque no se puede hablar de cambios universales en la atención clínica de los niños y adolescentes con trastorno mental, se han observado ciertas tendencias de gran alcance (Hoagwood, Burns, Kiser et al., 2001; Remschmidt y van Engeland, 1999). Así, cada vez más psicólogos clínicos se forman en diferentes tipos de terapias que han demostrado su eficacia. Además, han aumentado los tratamientos farmacológicos para abordar los trastornos mentales en la infancia y en la edad adulta. Asimismo, se está incrementando el número de clínicas especializadas para tratar trastornos concretos como, por ejemplo, el espectro autista, trastorno alimentario, TDAH, conductas perturbadoras y depresión. Por último, ha crecido la importancia de la atención primaria y la prevención de las enfermedades mentales (Rutter y Stevenson, 2008).

7. CONCLUSIONES

Mientras que el estudio de las enfermedades mentales de los adultos se remonta a las culturas antiguas, la psicología clínica infantil tiene un origen relativamente reciente (Kazdin, Siegel y Bass, 1990). Anteriormente a la época moderna, los niños que padecían trastornos del comportamiento eran considerados, igual que los adultos, como poseídos, malvados o idiotas.

A partir del siglo XVIII se inició un cambio de mentalidad y se empezó a preocupar por la educación y socialización de los niños deficientes, aparecieron los primeros asilos e instituciones para niños con retraso, que posteriormente pasarían a ser refugios o escuelas infantiles. Los movimientos de higiene mental y orientación infantil, y los estudios sobre el desarrollo del niño al principio del siglo XX, aportaron nuevos conocimientos sobre los trastornos de comportamiento infantil y sobre la forma de tratar, cuidar y prevenir las enfermedades mentales en los niños. A mitad del siglo XX se produjo un rápido y gran crecimiento de los conocimientos tanto teóricos como aplicados de la psicopatología infantil, que provinieron de las dos principales ramas psicológicas de este siglo: el psicoanálisis y el conductismo (González, Calvo y Sifre, 2000).

El modelo de tratamiento puramente psicoterapéutico evolucionó a medida que la investigación básica de la epidemiología y de los aspectos biológicos de las enfermedades mentales, así como la investigación genética, empezaron a arrojar luz sobre importantes variables etiológicas de la psicopatología infantil. Como consecuencia, los tratamientos psicofarmacológicos se hicieron más frecuentes en ciertas enfermedades mentales de la infancia y adolescencia (Berlín, 2006).

Estos avances en la investigación y tratamientos en psicología clínica infantil en los últimos 50 años han ayudado a la comprensión de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia (Rutter, 2014; Rutter y Stevenson, 2008). Todo eso no habría podido realizarse sin la aceptación, tanto por los profesionales como por la sociedad en general, del concepto de infancia como un período distinto del ciclo vital, con características específicas según las etapas evolutivas, desde la infancia, pasando por la adolescencia, hasta la edad adulta (Musto, 2007).

La situación de los niños ha mejorado de forma notable en las últimas décadas y sus derechos están mejor protegidos. Hoy en día, la opinión del niño está considerada como esencial cuando se toman decisiones importantes sobre su vida, por ejemplo en relación con su tratamiento (British Medical Association, 2000) o su participación en estudios científicos (Royal College of Psychiatrists' Working Party, 2001). Queda evidenciado que hasta los niños más pequeños son capaces de entender asuntos personales y, por tanto, su voz debería ser escuchada.

A pesar de todos estos progresos, siguen existiendo injusticias. Por ejemplo, mientras que un adulto incurre en un delito cuando agrede a otro adulto, no es ilegal para los padres pegar a sus hijos cuando se trata de una «reprimenda razonable». En resumen, los niños todavía tienen

menos derechos que los adultos, considerándolos en muchas sociedades como propiedad de los padres (Rutter y Stevenson, 2008). Queda mucho por hacer aún.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN (Descargar o imprimir)

1. ¿Según Jean-Jacques Rousseau, a qué se debían los problemas de desarrollo de los «niños salvajes»?

   a) Abandono temprano por sus padres.
   b) Falta de estimulación sensorial durante su desarrollo.
   c) Su condición de retraso mental.

2. ¿A mitad del siglo xx, cuáles fueron las dos «grandes teorías» de la psicología, que tuvieron un gran impacto en el desarrollo de la psicología clínica infantil?

   a) Psicoanálisis y Conductismo.
   b) Teoría del desarrollo cognitivo y Teoría del apego.
   c) Psicología del desarrollo y Psicología genética.

3. ¿Cómo eran tratados los enfermos mentales en los hospitales en la época de Philippe Pinel?

   a) Como poseídos y diabólicos.
   b) Con bondad e indulgencia.
   c) Estaban encadenados y fueron castigos.

4. ¿Cuáles eran los objetivos del movimiento de Higiene Mental?

   a) Educar, cuidar y prevenir.
   b) Diagnosticar, clasificar y tratar.
   c) Intervenir, asistir y mediar.

5. ¿En relación con la psicopatología del desarrollo, cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta?

   a) Comprende la conducta del niño en función de todo su ciclo vital.
   b) Muchos de los trastornos mentales de los adultos comienzan en la infancia.
   c) Fue propuesta por Jean Piaget.

Respuestas correctas

1	2	3	4	5
b)	*a*)	*c*)	*a*)	*c*)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Achenbach, T. M. (1982). *Developmental psychopathology*. Nueva York: Wiley.

Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. (1981). Behavioral problems and competences reported by parents of normal and disturbed children aged 4 through 16. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 46*, 1-82.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Arseneault, L., Cannon, M., Witton, J. y Murray, R. M. (2004). Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *British Journal of Psychiatry, 184*, 110-117.

Bender, L. (1942). Childhood schizophrenia. *Nervous Child, 1*, 138-140.

Berlin, I. N. (2006). Evolución de la subespecialidad de psiquiatría infantil y adolescente en Estados Unidos. En J. M. Wiener y M. K. Dulcan (eds.), *Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Masson.

Bernstein, D. y Nietzel, M. (1980). *Introduction to Clinical Psychology*. Nueva York: Harper & Row.

Bowlby, Y. (1951). *Maternal Care and Mental Health, Monograph*, n.º 2. Genova: World Health Organisation.

Bowlby, Y. (1969). *Attachment and Loss, Vol 1: Attachment*. Nueva York: Basic Books.

Bowlby, Y. (1979). *Attachment and Loss, vol. 2: Separation, Anxiety, and Anger*. Londres: Hogarth Press.

Bramble, D. (2003). Annotation: The use of psychotropic medications in children: a British view. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*, 169-179.

Bretherton, I. (2005). In pursuit of the internal working model construct and its relevance to attachment relationships. En K. E. Grossmann, K. Grossmann y E. Waters (eds.), *Attachment from infancy to adulthood* (pp. 13-47). Londres: Guilford Press.

Bundgaard, C., Larsen, F., Jorgensen, M. y Gabrielsson, J. (2006). Mechanistic model of acute autoinhibitory feedback action after administration of SSRIs in rats: Application to escitalopram-induced effects on brain serotonin levels. *European Journal of Pharmaceutical Sciences, 29*(5), 394-404.

Cameron, K. (1956). Past and present trends in child psychiatry. *Journal of Mental Science, 102*, 599-603.

Campbell, M. y Spencer, E. K. (1988). Psychopharmacology in child and adolescent psychiatry: A review of the past five years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27*(3), 269-279.

CANTAB (1987). *The Cambridge neuropsychological test automated battery*. Cambridge: Cambridge Cognition Ltd.

Chess, S., Thomas, A, Rutter, M. y Birch, H. G. (1963). Interaction of temperament and environment in the production of behavioral disturbances. *American Journal of Psychiatry, 120*, 142-147.

Cohen, P. y Cohen, J. (1996). *Life values and adolescent mental health*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Dodge, K. A., Dishion, T. J. y Lansford, J. E. (eds.). (2006). *Deviant peer influences in programs for youth: Problems and solutions*. Nueva York: Guilford Press.

Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E. y Valente, E. (1995). Social information-processing patterns partially mediate the effects of early physical abuse on later conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 632-643.

Domènech, E. y Corbella, J. (1997). *Aportacions a la Història de la Psicopatología Infantil*. Barcelona: Publicacions del Seminari Pere Mata de la Universitat de Barcelona.

Elder, G. H. (1998). The life course as developmental theory. *Child Development, 69*, 1-12.

Frame, C. L. y Matson, J. L. (1987). Historical trends in the recognition and assessment of childhood psychopathology. En C. L. Frame y J. L. Matson (eds.), *Handbook of assess in childhood psychopathology: Applied issues in differential diagnosis and treatment evaluation*. Nueva York: Plenum.

Frith, C. (2003). What do imaging studies tell us about the neural basis of autism? En Novartis Foundation Symposium 251. *Autism: Neural basis and treatment possibilities* (pp. 149-176). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.

Gardner, G. E. (1972). William Healy: 1869-1963. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 11*(1), 1-29.

Gesell, A. (1952). Arnold Gesell. En E. G. Boring, H. S. Langfeld, H. Werner et al. (eds.), *History of Psychology in Autobiography* (vol. 4, pp 123-142). Worcester, MA: Clark University Press.

González, R., Calvo, A. J. y Sifre, S. (2000). Contexto histórico de la psicopatología infantil. En R. González (coord.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 15-48). Madrid: Pirámide.

Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R. y Meltzer, H. (2003). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *International Review of Psychiatry, 15,* 166-172.
Hetherington, E. M. (2005). Divorce and the adjustment of children. *Pediatric Review, 26,* 163-169.
Hoagwood, K., Burns, B. J., Kiser, L., Ringeisen, H. y Schoenwald, S. K. (2001). Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health Services. *Psychiatric Services, 52*(9), 1179-1189.
Illick, J. E. (1974). Child-rearing in seventeenth century England and America. En L. de Mause (ed.), *The history of childhood*. Nueva York: Academic Press.
Kana, R. K., Patriquin, M. A., Black, B. S., Channell, M. M. y Wicker, B. (2015). Altered Medial Frontal and Superior Temporal Response to Implicit Processing of Emotions in Autism. *Autism Research* (en prensa).
Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child, 2,* 217-250.
Kanner, L. (1959). The Thirty-Third Maudsley Lecture: Trends in child-psychiatry. *Journal of Mental Science, 105,* 581-593.
Kazdin, A. E., Siegel, T. C. y Bass, D. (1990). Drawing on clinical practice to inform research on child and adolescent psychotherapy: Survey of practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice, 21*(3), 189-198.
Knopf, J. J. (1979). *Childhood psychopathology: A developmental approach*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
Laub, J. H. y Sampson, R. J. (2003). *Shared beginnings, divergent lives: Delinquent boys to age 70*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
Main, M., Hesse, E. y Kaplan, N. (2005). Predictability of attachment behavior and representational processes at 1, 6 and 19 years. En K. E. Grossmann, K. Grossmann y E. Waters (eds.), *Attachment from infancy to adulthood* (pp. 245-304). Londres: Guilford Press.
McEwan, B. y Lasley, E. N. (2002). *The end of stress*. Washington, DC: Joseph Henry Press.
McVoy, M. y Findling, R. L. (2012). *Clinical manual of child and adolescent psychopharmacology*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
Moffitt, T. E., Caspi, A., Rutter, M. y Silva, P. A. (2001). *Sex differences in antisocial behavior: Conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin Longitudinal Study*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
Musto, D. F. (2007). Prevailing and Shifting Paradigms: A Historical Perspective. En A. Martin y F. R. Volkmar (eds.), *Lewis's child and adolescent psychiatry*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
O'Connor, T. G., Monk, C. y Fitelson, E. M. (2014). Practitioner Review: Maternal mood in pregnancy and child development – implications for child psychology and psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55,* 99-111.
Ollendick, T. H. y Hersen, M. (1986). Psicopatología infantil: panorama histórico. En T. H. Ollendick y M. Hersen (ed.), *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez Roca.
Parry-Jones, W. L. (1989). The history of child and adolescent psychiatry: its present day relevance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30,* 3-11.
Pennington, B. (2002). *The development of psychopathology: Nature and nurture*. Nueva York: Guilford Press.
Piaget, J. e Inhelder, B. (1969). *Psicología del niño*. Madrid: Morata.
Pinillos, J. L. (1962). *Introducción a la psicología contemporánea*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSCIC).
Pinillos, J. L., López-Piñero, J. M. y García Ballester, L. (1965). *Constitución y personalidad*. Madrid: CSCIC.
Plomin, R. y Bergeman, C. S. (1991). The nature of nurture: Genetic influence on «environmental» measures. *The Behavioural and Brain Sciences, 14,* 373-427.
Plomin, R., DeFries, J., McClearn, G. E. y McGuffin, P. (eds.) (2001). *Behavioral genetics* (4.ª ed.). Nueva York: Worth Publishers.
Reich, W. (2000). Diagnostic interview for children and adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39,* 59-66.
Reitan, R. M. y Wolfson, D. (1993). *The Halstead-Reitan Neuropsychology Test Battery: Theory and clinical interpretation*. Tuscon, AZ: Neuropsychology Press.
Remschmidt, H. y van Engeland, H. (eds.) (1999). *Child and adolescent psychiatry in Europe*. Darmstadt: Steinkopff; Nueva York: Springer.
Robins, L. (1966). *Deviant children grown up: A sociological and psychiatric study of sociopathic personality*. Baltimore: Williams & Wilkins.
Robbins, T. W., James, M., Owen, A. M., Sahakian, B. J., Lawrence, A. D., McInnes, L. et al. (1998). A study of performance on tests from the CANTAB battery sensitive to frontal lobe dysfunction in a large sample of normal volunteers: implications for theories of executive functioning and cognitive aging. Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery. *Journal of the International Neuropsychological Society, 4,* 474-490.
Ross, A. O. (1959). *The practice of clinical child psychology*. Nueva York: Grune y Stratton.
Ross, D. (1972). *G. Stanley Hall: The Psychologist as Prophet*. Chicago, University of Chicago Press.
Rutter, M. (1986). Child psychology: looking 30 years ahead, *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 27,* 803-840.

Rutter, M. (2005). Adverse preadoption experiences and psychological outcomes. En D. M. Brodzinsky y J. Palacios (eds.), *Psychological issues in adoption: Theory, research and application* (pp. 67-92). Westport, CT: Greenwood Publishing.
Rutter, M. (2006). *Genes and behavior: Nature-nurture interplay explained*. Oxford: Blackwell Publishing.
Rutter, M. (2007). Proceeding from observed correlation to causal inference: The use of natural experiments. *Perspectives on Psychological Science, 2*, 377-395.
Rutter, M. (2014). Child and adolescent psychopathology: past scientific achievements and future challenges. En S. Bloch, S. A. Green y J. Holmes (eds.), *Psychiatry: Past, Present, and Prospect* (219-238). Oxford, UK: Oxford University Press.
Rutter, M. y Maughan, B. (2002). School effectiveness findings 1979-2002. *Journal of School Psychology, 40*, 451-475.
Rutter, M. y Stevenson, J. (2008). Developments in Child and Adolescent Psychiatry Over the Last 50 Years. En M. Rutter, D. V. M. Bishop, D. S. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor y A. Thapar (eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Blackwell Publishing Limited.
Rutter, M., Kim-Cohen, J. y Maughan, B. (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(3/4), 276-295.
Rutter, M., Le Couteur, A. y Lord, C. (2003). *ADI-R: Autism Diagnostic Interview – Revised*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
Rutter, M., Moffitt, T. E. y Caspi, A. (2006). Gene-environment interplay and psychopathology: multiple varieties but real effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(3/4), 226-261.
Sampson, R. J., Raudenbush, S. W. y Earls, F. W. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science, 277*, 918-924.
Schwartz, S. y Johnson, J. H. (1985). *Psychopathology of childhood. A clinical experimental approach*. Oxford: Pergamon.
Seifert, D. (1981). Epidemiology and child psychiatry. *American Academy od Child Psychiatry, 2*, 439-443.
Shaffer, D., Fisher, P. , Lucas, C. P. , Dulcan, M. K. y Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 28-38.
Teasdale, J. D. y Barnard, P. J. (1993). *Affect cognition and change: Re-modelling depressive thought*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates.
Thomas, A., Chess, S. y Birch, H. G. (1968). *Temperament and behavior disorders in children*. Nueva York: Nueva York University Press.
Vorria, P., Ntouma, M. y Rutter, M. (2015). Vulnerability and resilience after early institutional care: The Greek Metera study. *Development and Psychopathology, FirstView*, 1-8.
Warren, W. (1974). *Child Psychiatry and the Maudsley Hospital: An historical survey*. Unpublished Third Kenneth Cameron Memorial Lecture, Institute of Psychiatry Library.
Watson, J. B. (1919). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Record, 20*, 158-177.
Watson, R. I. (1959). *Psychology of the child: Personal, social and disturbed child development*. Nueva York: Wiley.
Wechsler, D. (2003). *Wechsler intelligence scale for children-Fourth Edition (WISC-IV)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
Weiner, J. M. (1988). The future of child and adolescent psychiatry: if not now, when? *Journal of the American of Child Psychiatry, 27*, 8-10.
Weisz, J. y Jensen, P. (1999). Efficacy and Effectiveness of Child and Adolescent Psychotherapy and Pharmacotherapy. *Mental Health Services Research, 1*(3), 125-157.
Wilmshurst, L. (2005). Introduction to Child Psychopathology: Development, Theories, and Influences. En *Essentials of Child Psychopathology*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons.
Wolraich, M. L. (2003). Annotation: The use of psychotropic medications in children: an American view. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*, 159-168.
World Health Organization (1996). *Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders in children and adolescents*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
Zilboorg, G. y Henry, G. W. (1941). *A history of medical Psychology*. Nueva York: Norton.

2

La evaluación psicológica en la psicología clínica infanto-juvenil

INMACULADA MONTOYA-CASTILLA

OBJETIVOS DEL CAPÍTULO

El objetivo del presente capítulo es determinar las características de la evaluación psicológica en la psicología clínica infanto-juvenil.

Para ello, se muestran en primer lugar las características de la evaluación cuando ésta se realiza con niños y adolescentes, así como sus diferencias con respecto a la evaluación de adultos.

A continuación se aborda el proceso evaluativo, mostrando las diferentes fases, así como los objetivos principales dentro de cada una de ellas.

En el siguiente apartado se tratan los aspectos a tener en cuenta a la hora de elegir un instrumento de evaluación para niños y adolescentes.

A continuación se describen las características de la entrevista de evaluación para niños y adolescentes, así como para otros informadores (padres y profesores), y por último las dificultades propias de la evaluación del desarrollo psicológico.

1. CARACTERÍSTICAS DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA INFANTIL Y ADOLESCENTE

La evaluación psicológica ha sido definida de diferentes maneras.

Podemos entenderla como «un proceso exploratorio, de contrastación de hipótesis, en el cual se usa una serie de procedimientos sensibles al desarrollo y validados empíricamente, para comprender a un determinado niño, grupo o ecología social y para formular y valorar procedimientos específicos de intervención» (Ollendick y Hersen, 1993, p. XI).

Desde una perspectiva integradora, se concibe la evaluación psicológica como «aquella disciplina que explora y analiza el comportamiento de un sujeto o grupo con distintos objetivos (descripción, diagnóstico, selección/predicción, explicación, cambio y/o valoración) a través de un proceso de toma de decisiones en el que se emplean una serie de dispositivos (tests y diversas técnicas de medida y/o de evaluación), tanto para la evaluación de aspectos positivos como patológicos. Tanto la evaluación del ambiente como la evaluación de programas los entiendo como extensiones actuales de la Evaluación Psicológica y, por tanto, son incluidos bajo esta acepción» (Garaigordobil, 1998, p. 34).

Por tanto, el objeto de la evaluación psicológica es el estudio científico del comportamiento de un sujeto o grupo específico de sujetos. Éste se lleva a cabo con un procedimiento reglado y con fases establecidas, de manera que pueda permitir su replicación (Fernández-Ballesteros, 2011).

Para el planteamiento de cómo abordar los aspectos evolutivos dentro de la evaluación de niños y adolescentes, estableceremos como base una concepción holista, es decir, la visión del desarrollo del niño como un todo, en la que lo importante no es la medición de las conductas aisladas o tareas específicas a desarrollar, sino una realidad más profunda (Serra, 1995). Este marco de referencia permite entender la realidad atendiendo a la evolución de los aspectos madurativos, donde se recoge información de diferentes evaluadores y con diferentes técnicas, como se ha señalado previamente, con el objetivo de construir una visión global e integradora de la realidad del niño o adolescente, no focalizando la atención sobre los síntomas exclusivamente, sino sobre la información que éstos aportan acerca del problema presente. Es como la imagen de un «iceberg», que sería el problema que vemos, y que los padres presentan. Esto es sólo una parte pequeña de un problema que afecta a otros niveles y áreas del niño. Por ello, el objetivo del profesional es detectar esa parte oculta e integrarla junto con la información conocida, para hacer una evaluación e intervención que atienda y ayude en las áreas biológica, cognitiva, interpersonal, emocional, ambiental, social, intelectual, educativa y física del niño o adolescente.

La evaluación psicológica en niños y adolescentes posee características que la hacen diferente de la evaluación a adultos. En la tabla 2.1 se describen estas características específicas.

Los niños y adolescentes no suelen acudir a una consulta psicológica por iniciativa propia. En este caso, el cliente (quien solicita la evaluación) no coincide con el sujeto evaluado. Normalmente, es un adulto el que manifiesta la necesidad de realizar la consulta (padre, madre, profesor, pediatra, etc.), dado que considera que la conducta del niño es suficientemente desadaptativa o dañina para necesitar ayuda profesional (Achenbach y McConaughy, 1987). Cuando el niño o adolescente es traído a la consulta, es importante valorar si el motivo de consulta realmente requiere de una intervención. En ocasiones, los adultos perciben una gravedad en la conducta del niño que no se corresponde con una patología real. Esto puede ser debido a varias razones, por ejemplo la depresión en las madres está relacionada con una visión parcial del comportamiento de los hijos, percibiendo más problemas de comportamiento y utilizando un estilo parental más negativo (Chi y Hinshaw, 2002). También puede ser debido a un desconocimiento de las conductas asociadas a las etapas evolutivas. En este caso, hay que ayudar a los adultos a percibir de una manera correcta el problema que presenta el niño y orientarle en su forma de abordar este problema. Si realmente el problema requiere de atención psicológica, es importante explicárselo al niño o adolescente para que sea parte de la solución y entienda la conveniencia del tratamiento (Silva, 1995).

El diagnóstico debe hacerse desde una perspectiva evolutiva. Una evaluación correcta tiene en cuenta los procesos evolutivos, dado que se analiza a un sujeto que está sometido a continuo cambio (Forns, 1993). En la evaluación infantil, tanto en el diagnóstico como en la programación de la intervención deben tomarse en cuenta la edad y el nivel de desarrollo del niño (Silva, 1995). La decisión acerca de si una conducta constituye o no síntoma de un trastorno depende en gran medida de la edad del niño (de la Osa y Lacalle, 2011; Edelbrock, 1984).

En la evaluación también deberemos valorar si el problema tiene probabilidad de ir remitiendo, de permanecer estacionario o de ir agravándose en el futuro (Silva, 1995). El niño está en constante desarrollo, y ello hace que la evaluación sea especialmente puntual y ajustada a un momento temporal (del Barrio, 1995).

TABLA 2.1
Características específicas de la evaluación psicológica en niños y adolescentes

— Los niños y adolescentes no suelen acudir a una consulta psicológica por iniciativa propia.
— El diagnóstico debe hacerse desde una perspectiva evolutiva.
— Hay que valorar las variables ambientales.
— La evaluación debe recoger variables biológicas, cognitivas, emocionales, interpersonales, ambientales, sociales, físicas y educativas.
— Se deben utilizar diferentes técnicas de evaluación, como tests referidos a normas, entrevistas, observaciones e información incidental.

— En los niños y adolescentes, para realizar la evaluación es necesario utilizar múltiples evaluadores.
— El objetivo principal de la evaluación, como paso previo a la intervención en niños y adolescentes, es mejorar el bienestar psicológico presente y futuro.
— La disponibilidad de los niños para colaborar en la entrevista estará influenciada por su estado en ese momento.
— Adecuar el espacio.

Carrasco (2012) señaló algunos aspectos evolutivos a tener en cuenta en las entrevistas de niños y adolescentes. Uno de ellos es la capacidad de recuerdo espontáneo de los niños, que es menor que la de los adultos, y que se iguala hacia la pubertad. En cuanto al recuerdo, la edad en el momento del hecho ocurrido sobre el que preguntamos es más importante que la edad a la que le preguntamos, dado que a mayor edad se recuerdan más detalles. Asimismo, hay que tener en cuenta que los niños son más precisos cuando informan de sucesos personales o relacionados con su familia, y que el estado emocional del niño, tanto en el momento del hecho como del recuerdo, influirá en su capacidad de recordar. En caso de detectar una mentira o de sospechar que miente, por la comunicación no verbal del niño, lo recomendable es explorar las razones por las que puede estar inventando una historia o transformando la realidad. Esta exploración se hará en un ambiente tranquilo, sin presiones y sin confrontar, en un primer momento, con que sabemos que está mintiendo. A veces los niños pueden mentir porque sienten miedo de las consecuencias en caso de decir la verdad sobre lo que han hecho o lo que está sucediendo; por ello hace falta transmitirles confianza y hacerles saber que los protegeremos. El deseo de los niños de complacer a los adultos también puede hacer que mientan (Wilson y Powell, 2001).

Hay que valorar las variables ambientales (Forns, 1993). Todos, adultos y niños, estamos sometidos a la influencia de las variables ambientales, físicas y sociales, pero éstas son especialmente relevantes en el caso de los niños. Esto es debido a que son más sensibles a esta influencia, siendo en el caso de los niños determinantes e intervinientes en su propio desarrollo (Forns, 1993). Por ello, independientemente de una posible base orgánica en el problema, es importante valorar la influencia que el ambiente tiene sobre las variables psicológicas y si pueden favorecer o mantener el problema.

La evaluación debe recoger variables biológicas, cognitivas, emocionales, interpersonales, ambientales, sociales, físicas y educativas para comprender el comportamiento del niño (Ordóñez, Maganto y González, 2014; González, Ordóñez, Montoya-Castilla y Gómez, 2014; Villanueva, Prado-Gascó, González y Montoya, 2014; Weaver, 1984). En el área educativa, además de tener en cuenta las relaciones con otros compañeros y el clima escolar en el que vive el niño, es importante atender a las variables intelectuales. Si no se detectan posibles carencias a tiempo se producen deficiencias de rendimiento en etapas posteriores que acaban afectando a nivel personal, escolar, familiar y social (Edel, 2003).

Se deben utilizar diferentes técnicas de evaluación, como tests referidos a normas, entrevistas, observaciones e información incidental (Sattler, 1992). Estas técnicas deberán contar con adecuadas características psicométricas. Es una exigencia de cualquier evaluación, pero en la evaluación infantil es especialmente importante, porque para que sean adecuadas

deben ajustarse a la edad y nivel evolutivo del niño. Cualquier evaluación debe permitir la comparación con el nivel de edad (del Barrio, 1995). Asimismo, también es importante el uso de otros tipos de materiales que permiten obtener información, como bloques de construcción, juegos, libros, marionetas, muñecos, arcilla, pinturas, etc. El dibujo es un instrumento de evaluación muy útil con niños. El tipo de dibujo es indicativo de la estimulación recibida (Basgul, Uneri, Akkaya, Etiler y Coskun, 2011) y permite evaluar habilidades y emociones (Van Meerbeke et al., 2011). Elegiremos y presentaremos al niño el material que consideramos más apropiado en ese momento para establecer una buena relación o para obtener información, dejando ocultos el resto para evitar distracciones.

En los niños y adolescentes, para realizar la evaluación es necesario utilizar múltiples evaluadores, incluyendo la perspectiva que el propio niño tiene sobre su problema (La Greca, 1990). Otros informadores son los padres, familiares que ejerzan el rol de cuidadores, profesores, pediatra y sus iguales (La Greca, 1990; Sattler, 1992). Se evalúan los distintos contextos que ejercen influencia sobre la conducta del niño. La información que ofrece cada una de estas personas es complementaria, siendo como piezas de un puzzle que nos permite construir una imagen más correcta y fidedigna de la realidad del niño. Sin embargo, en un meta-análisis de 119 estudios, Achenbach, McConaughy y Howell (1987) identificaron que diferentes informantes (por ejemplo padres, niños y profesores) discrepaban en las puntuaciones a nivel social, emocional o de problemas de comportamiento. Los estudios muestran que suele haber discrepancias entre lo que los padres informan y lo que ellos creen que informarán sus hijos, así como entre informaciones dadas por los padres y por los hijos (Sheldrick, Neger, Shipman y Perrin, 2012). Esta discordancia entre las informaciones puede ser un indicador de la calidad de las interacciones entre padres y adolescentes, dado que es predictora de síntomas de salud mental y de la baja calidad de las relaciones con sus padres (Maurizi, Gershoff y Aber, 2012). También cabe señalar que mientras los padres y profesores informan de las conductas y del rendimiento del niño, los niños lo hacen de cómo se sienten. Por ello, sus informaciones son complementarias pero no excluyentes.

Todas las personas tenemos comportamientos diferentes según el contexto en el que nos encontramos y la persona con la que nos relacionamos. Tener información de cada uno de estos contextos y de estas personas nos ayudará a realizar una mejor evaluación y, por tanto, un mejor planteamiento de la intervención. Como se ha señalado, también hay que incluir en la evaluación la propia percepción del niño, pero no siempre es fácil, debido en ocasiones a las propias características evolutivas, que reducen las posibilidades de cooperación (Forns, 1993). Algunas de las conductas infantiles son difíciles de percibir. Por ello, la importancia de variar de entornos, de informantes y de técnicas permite obtener una información más completa (del Barrio, 1995).

El objetivo principal de la evaluación, como paso previo a la intervención en niños y adolescentes, es mejorar el bienestar psicológico presente y futuro (Casullo, Cruz, González y Maganto, 2003; Postigo, González, Montoya y Mateu, 2012). De esta manera, se trabajará con el niño para favorecer el desarrollo de recursos que le ayuden a hacer frente al problema

actual y que le sean útiles cuando tenga que enfrentarse a otros problemas a lo largo de su desarrollo.

La disponibilidad de los niños para colaborar en la entrevista estará influenciada por su estado en ese momento (hambre, sueño, aburrimiento, enfado…). Por ello, es recomendable no realizarla coincidiendo con horarios de comida, sueño o con actividades relevantes del niño (fiesta de cumpleaños, actividad extraescolar que le gusta...). A veces los padres pueden minimizar estos hechos y coger cita en esos horarios. El profesional comprobará que no se interrumpe alguna actividad que pueda hacer que el niño quiera terminar pronto la sesión (Carrasco, 2012).

Para las entrevistas con niños es importante *adecuar el espacio*, contando con un mobiliario adaptado para ellos. También es recomendable contar con diferentes áreas donde poder realizar diferentes actividades (arcilla, pintar, juegos, cuentos, etc.). Al menos, debe haber un área en la que poder realizar la entrevista a la misma altura que el niño (suelo, mesa pequeña, etcétera). Con niños más mayores o adolescentes podemos sentarnos al lado o en diagonal para no forzar un contacto visual continuo, que es más incómodo para ellos (Carrasco, 2012).

A continuación se aborda la evaluación psicológica como un proceso que consta de diferentes fases, integradas en dos procesos diferenciados.

2. LA EVALUACIÓN COMO PROCESO

La evaluación psicológica es un proceso que consta de diferentes fases. En el caso de la infancia y adolescencia este proceso tiene algunas características específicas.

El proceso de evaluación siempre comienza cuando un cliente realiza una demanda a un profesional de la psicología. A partir de ese momento se inicia un proceso cuyo objetivo es resolver la demanda planteada. Esto conlleva diferentes tomas de decisiones a través de fases o momentos, que son los utilizados en investigación.

La evaluación psicológica puede presentar diferentes objetivos: diagnóstico, orientación, selección y tratamiento o cambio (Fernández-Ballesteros, 2011). En el ámbito de la aplicación clínica el objetivo que se suele plantear es el de *diagnóstico*, que consiste en la asignación de un sujeto a una categoría del sistema de clasificación psiquiátrico. Esto requiere que el profesional tenga un conocimiento exhaustivo del sistema de clasificación y de la psicopatología. El objetivo de la *orientación o consejo psicológico* se basa en que el estudio psicológico se realiza con la finalidad de ayudar a tomar decisiones o establecer planes de acción. En esta evaluación es importante atender a las características de la persona evaluada para orientarle hacia la situación que mejor se le adapta. Cuando el objetivo es la *selección*, se basa en escoger entre diferentes personas la más apta para el desempeño de alguna actividad previamente establecida. Por último, la evaluación puede realizarse con la finalidad de aplicar un *tratamiento* y producir un cambio en el comportamiento de la persona.

El diagnóstico, la orientación y la selección requieren la predicción del comportamiento y se realizan con planteamientos metodológicos observacionales y correlacionales. Sin embargo, la intervención y el cambio de la conducta requieren de métodos experimentales o cuasiexperimentales (Fernández-Ballesteros, 2011).

Según el objetivo planteado, difieren las fases del proceso de evaluación. Para delimitar estas fases seguiremos el modelo planteado por Fernández-Ballesteros (2011). Este modelo consta de dos procesos secuenciados: el «descriptivo-predictivo» y el «interventivo-valorativo» (tabla 2.2).

2.1. El proceso descriptivo-predictivo

Las etapas de este proceso son: primera recogida de información, formulación de hipótesis y deducción de enunciados verificables, contrastación y comunicación de resultados (el informe oral y/o escrito).

A continuación se describen cada una de estas fases. En la tabla 2.2 se presentan las diferentes fases y los objetivos de cada fase en el proceso de evaluación psicológica. La parte del proceso interventivo-valorativo hace referencia a la parte de intervención.

2.1.1. Fase 1. Primera recogida de información

Durante esta fase el objetivo es recoger la mayor información posible. Para ello, en el caso de niños y adolescentes utilizaremos diferentes evaluadores.

Concretamente, los objetivos son: especificar la demanda y fijar objetivos sobre el caso, así como establecer las condiciones históricas (anamnesis) y actuales importantes (biológicas, sociales y ambientales).

El profesional comenzará explicando quién es, qué es lo que van a hacer y cuál es el objetivo de la entrevista. Puede ser útil preguntarle qué sabe: «soy psicólogo/a, ¿sabes lo que es un psicólogo?» (Carrasco, 2012).

La primera entrevista es el momento de establecer el *rapport*, que se puede hacer eligiendo un tema de conversación sobre algo que conozca el niño o adolescente y que le resulte agradable (amigos, actividades que realiza, ídolos, programas de televisión, animales de compañía, etc.). Con los menores de 6 años deben ser aspectos concretos del momento de la entrevista (si trae algún juguete, si está jugando con algo, etc.). Utilizaremos la información que nos hayan facilitado los padres en el primer contacto con ellos.

El primer objetivo es *clarificar la demanda y fijar objetivos sobre el caso*. En el caso de niños, el cliente será en la mayoría de las ocasiones una tercera persona (padres, profesor, médico, etc.). Cuando se clarifica la demanda se establecen los objetivos concretos para el caso.

Algunos de los aspectos sobre los que recoger información son: motivo de la consulta; por

qué se solicita la evaluación; qué se desea conseguir de ella; cuál es la demanda concreta en términos de diagnóstico, orientación, selección o tratamiento y cambio; y, si procede, cuáles son los comportamientos que, inicialmente, van a constituir el objeto de análisis en ese caso concreto.

TABLA 2.2
Fases y objetivos del proceso de evaluación psicológica

Fases	Objetivos
Proceso descriptivo-predictivo	
1. Primera recogida de información: especificación de la demanda y del problema.	— Especificar la demanda. — Fijar objetivos sobre el caso. — Establecer las condiciones históricas y actuales potencialmente relevantes (anamnesis).
2. Primera formulación de hipótesis y deducción de enunciados verificables.	— Plantear supuestos. — Plantear deducciones verificables sobre el caso.
3. Contrastación inicial de hipótesis.	— Contrastar las hipótesis y enunciados formulados en la fase 2.
4. Comunicación de resultados.	— Comunicar los resultados del proceso evaluativo. Informe.
Proceso interventivo-valorativo	
5. Plan de tratamiento y valoración.	— Establecer los supuestos funcionales sobre el caso. — Seleccionar técnicas de intervención y variables. — Selección del diseño de evaluación.
6. Tratamiento.	— Diseño y administración del tratamiento. — Evaluación continua.
7. Valoración y comunicación de resultados.	— Segunda evaluación de las conductas-problema y de las metas. — Comprobar si se han alcanzado las medidas de las variables relevantes. — Comprobar si los datos avalan las hipótesis funcionales formuladas y valoración del tratamiento. — Comunicar los resultados obtenidos después de la aplicación del tratamiento.

FUENTE: Basado en Fernández-Ballesteros, 1999.

Esta recogida de información se realizará, en un primer momento, con técnicas de amplio espectro, como la entrevista. Según la edad del niño o adolescente se utilizarán los procedimientos de recogida de información más adecuados (dibujo, juego, entrevista, etc.). Asimismo, se utilizarán diferentes evaluadores para obtener la mayor información posible relacionada con el objetivo de la consulta.

A nivel ético el profesional tendrá en cuenta si la demanda es lícita y si tiene la formación

y preparación adecuada para ayudar a resolver la demanda y los objetivos. A partir de ese momento, el siguiente paso es informar al sujeto y/o cliente de los siguientes aspectos:

— Que se van a administrar técnicas, tests y otros instrumentos psicológicos para realizar la evaluación.
— Que esta evaluación requiere de su colaboración.
— Que la información obtenida es confidencial.
— Que el trabajo que realizará es evaluativo, y, si procede, interventivo. Describirá su trabajo según su marco teórico y responderá a las dudas del sujeto y cliente.

Para continuar el proceso, el profesional debe establecer un acuerdo formal en el que el sujeto y/o cliente aceptan estas premisas.

En las entrevistas previas, observando el lenguaje del niño y su comportamiento nos aseguraremos que su nivel de desarrollo cognitivo y lingüístico es suficiente para comprender y expresar conceptos claves que permitan conseguir los objetivos establecidos (Carrasco, 2012). De esta manera, adecuaremos nuestro lenguaje para que el niño pueda entendernos en todo momento, y estaremos atentos a posibles signos de que no está entendiendo lo que le explicamos (comunicación no verbal, silencios ante las preguntas, respuestas continuas de «no sé», etc.).

Parte de la información puede obtenerse en un primer contacto telefónico, de manera que se pueden conocer aspectos básicos como la edad del niño y el motivo de consulta. Dependiendo de la edad del niño se puede plantear la primera entrevista antes o después de los padres. Con los niños es mejor hablar primero con los padres, para obtener información que después se contrastará, y con los adolescentes es mejor realizar la entrevista primero con ellos, para crear la alianza terapéutica, y después completar la información con los padres.

Se le explica al niño o adolescente que puede hablar con tranquilidad y que lo que diga no se contará a nadie, a no ser que sea algo que pueda ponerle en riesgo a él o a otra persona (ideas de suicidio, abuso o maltrato). Esto se le explica por si en algún momento es necesario romper la confidencialidad por razones éticas y legales. Para ello, sería conveniente preparar y dar apoyo al niño para que sea él quien comunique los problemas a sus progenitores.

El segundo objetivo de esta fase es *establecer las condiciones históricas y actuales importantes sobre el caso*. Para ello, dentro del apartado de recogida de información se indagará sobre los aspectos personales, escolares y familiares que rodean al niño. En la recogida de información de las condiciones históricas puede ser interesante solicitar informes médicos y realizar una anamnesis del sujeto.

También se recogerán las condiciones actuales del sujeto, comportamentales, emocionales, familiares, escolares, biológicas, etc. Algunos de los aspectos que debemos abordar son:

— Hábitat (dónde vive, circunstancias personales, etc.).
— Condiciones familiares, sociales y económicas.

— Eventos vitales actuales.
— Rendimiento académico.
— Actividades extraescolares.
— Estado físico y de salud (alimentación, sueño, enfermedades).
— Otras condiciones potencialmente relevantes para el caso.

La duración de la entrevista no conviene que se alargue más de una hora, y con niños menores de 8 años lo ideal es media hora (Delfos, 2009), aunque si se realiza a través del juego puede extenderse a tres cuartos de hora. En todo caso, se le informa al inicio. Se estará atento a las señales de cansancio o aburrimiento del niño. Se le avisa de que se acaba la entrevista y se cierra dejando la posibilidad de que diga o pregunte algo si quiere. Se acabará hablando de algo agradable, como al inicio, e informándole sobre si lo volveremos a ver.

Después de obtener la información sobre el caso se plantean las primeras hipótesis.

2.1.2. Fase 2. Formulación de hipótesis y deducción de enunciados verificables

Esta fase se divide en dos partes. En primer lugar, la formulación de hipótesis sobre el caso según las observaciones realizadas y la información recogida. En segundo lugar, deducción de enunciados verificables, que hace referencia a la elección de instrumentos para cada una de las variables presentes en las hipótesis (Fernández-Ballesteros, 2011).

En la fase de *formulación de hipótesis* se analiza la información obtenida del paciente y las fuentes informantes, y se relaciona con los conocimientos generales y específicos de la psicología. Con esto se pueden establecer cuatro tipos de supuestos que, posteriormente, hará falta contrastar.

a) *Los supuestos de cuantificación:* se trata de comprobar que un determinado fenómeno objeto de estudio se da y en qué medida aparece, teniendo en cuenta algunos parámetros. Por ejemplo, la dificultad del niño para mantener la atención, ¿se da en realidad?, ¿de qué manera concreta? ¿en qué ámbitos? y ¿en qué cantidad, según unos parámetros concretos (frecuencia, duración, etc.)?
b) *Los supuestos de semejanza:* se trata de decidir si el sujeto presenta los criterios para situarlo dentro de una categoría (o entidad nosológica), dentro de un determinado sistema de clasificación. Por ejemplo, si el niño cumple los criterios de «trastorno por déficit de atención con hiperactividad», ello implica que cumple unos criterios y actúa de una manera semejante a otros sujetos diagnosticados en esta categoría.
c) *Los supuestos de asociación predictiva:* las investigaciones en psicología muestran relaciones entre diferentes variables. Por ejemplo, el rendimiento académico se relaciona con las dificultades de atención. De esta manera, a partir de estas relaciones contrastadas empíricamente podemos hipotetizar con qué variables se relacionará nuestro fenómeno objeto de estudio.

d) *Los supuestos de asociación funcional:* también a través de investigaciones contrastadas empíricamente sabemos que existen relaciones explicativas entre las variables psicológicas. Por ejemplo, la atención de los profesores sobre el mal comportamiento del niño refuerza sistemática y positivamente estas conductas.

De esta manera, cuando el objetivo sea realizar un diagnóstico se establecen supuestos de cuantificación y semejanza, cuando sea de orientación o selección se formulan supuestos de cuantificación y asociación predictiva, y cuando el objetivo sea de cambio comportamental se formularán hipótesis de relación funcional o causal.

En la segunda parte de esta fase se realiza la *deducción de enunciados verificables,* que hace referencia al proceso mediante el cual se realiza el listado de las variables implicadas en las hipótesis planteadas y se seleccionan los tests y técnicas concretas con los que evaluarlas, así como el procedimiento a seguir en la evaluación.

Para que este proceso se realice correctamente, cada una de las variables debe estar operacionalizada con más de un instrumento. De esta manera, se suplen los posibles errores de medida de los instrumentos utilizados. De la misma manera, es importante que el profesional cuente con los conocimientos teóricos, técnicos y metodológicos para realizar una buena selección de variables y de instrumentos y una correcta interpretación de los resultados.

En la siguiente fase se seleccionan los instrumentos, teniendo en cuenta que los índices de fiabilidad y validez sean adecuados.

2.1.3. Fase 3. Contrastación: administración de tests y otras técnicas de evaluación

Esta fase se divide en tres subfases (Fernández-Ballesteros, 2001): 1) preparación y planificación de los instrumentos a utilizar; 2) administración de los tests y técnicas seleccionados a través de los procedimientos establecidos, y 3) el análisis de los resultados en orden a la comprobación de las hipótesis.

a) En la subfase de *preparación y planificación* el profesional se prepara para la administración de los instrumentos y planifica su pase.

En primer lugar, el profesional debe familiarizarse con la prueba a utilizar. Esto implica un conocimiento teórico sobre esta prueba y las instrucciones de administración. Especialmente para la evaluación infanto-juvenil el profesional debe conocer la prueba y realizar pases pilotos de administración, así como conocer la mejor forma de administrarlo para mantener la atención del niño.

En la planificación, si va a administrar varias pruebas debe tener en cuenta la dificultad de la prueba para el niño y duración, de manera que pueda organizar el pase en una o varias sesiones en las que el niño pueda mantener la atención y esté seguro que el cansancio o el aburrimiento no influyen en las respuestas dadas.

b) Para la subfase de *administración* se tendrán en cuenta las instrucciones de las pruebas según los manuales.

En la selección de los instrumentos que se ha realizado en la fase de deducción de enunciados verificables ya se ha tenido en cuenta la edad de administración. En esta fase, una vez administrados se realizará la corrección, también según las puntuaciones normalizadas en su grupo de edad.

c) En la subfase de *análisis de los resultados* obtenidos en los instrumentos utilizados, éstos se realizan tanto a nivel cualitativo como cuantitativo. Esto permitirá comprobar si las hipótesis eran adecuadas. Si los supuestos no son contrastados se volverá a reformular las hipótesis, integrando la nueva información obtenida. Cuando las hipótesis son contrastadas se examinan en relación a los objetivos planteados en el caso.

A continuación se informa al paciente de los resultados obtenidos.

2.1.4. Fase 4. Comunicación de resultados: el informe

El proceso de evaluación culmina con la integración de los resultados y la comunicación al cliente/sujeto.

En la integración de los resultados la finalidad es resolver la demanda y los objetivos de la evaluación, planteando recomendaciones o propuestas de actuación.

Según la demanda y los objetivos planteados, la integración de los resultados permitirá la descripción, clasificación o predicción de la conducta del sujeto, y determinará si se debe orientar, seleccionar o proponer una intervención. El informe nunca tiene que perjudicar al niño.

Tal y como señala Fernández-Ballesteros (2011), si en la evaluación se detectan condiciones importantes (del sujeto, del contexto, biológicas, etcétera) que no se ajustan a la demanda, también se integran en los resultados. Si no se considera pertinente reflejarlo en el informe escrito, se realiza la comunicación verbal al cliente/sujeto. En el caso del niño, a sus padres se les daría esta información.

Respecto a cómo comunicar los resultados al cliente/sujeto, algunos profesionales consideran que es mejor dar primero la información oral, y otros consideran que es mejor lo contrario. La propuesta de Fernández-Ballesteros (2011) es que el evaluador redacte un borrador de informe que comentará con el sujeto o cliente. Esta sería la sesión de devolución que se realiza a través de una entrevista. Posteriormente, integrando los datos de esta entrevista, se redacta el informe definitivo.

En caso de que se considere que el paciente requiere tratamiento, después de este proceso comenzaría otro proceso: el interventivo-valorativo.

2.2. El proceso interventivo-valorativo

A continuación se presentan unas nociones de los aspectos más relevantes de este proceso. El lector puede ampliar información en Fernández-Ballesteros (2011).

Este proceso se realiza cuando la demanda es de cambio o modificación del comportamiento. Previamente a este proceso se ha realizado la valoración descriptiva-predictiva.

2.2.1. Fase 5. Plan de tratamiento y su valoración

Antes de poder planificar el tratamiento, como se ha comentado, deben haberse realizado todas las fases anteriores. Éstas van a permitir conocer cuál es el problema, las condiciones que lo causan o mantienen, las hipótesis que constituyen la teoría sobre el caso, realizar la evaluación, comunicar los resultados al cliente/sujeto y tomar decisiones sobre cómo proceder. A partir de aquí se diseña el tratamiento, a través de tres tareas: teoría sobre el caso, selección de técnicas de intervención y de las variables potencialmente contaminadoras, y la selección del diseño de valoración.

a) La primera tarea, de *teoría sobre el caso*, implica la selección de las variables dependientes e independientes y la decisión sobre las medidas y criterios de cambio.

   Partimos de que hay alguna variable que causa, controla, mantiene o se relaciona con el problema. Ésta es la variable (independiente) que manipularemos con el tratamiento, para obtener un cambio positivo sobre el problema (dependiente).

   Esto implica que quizá haya que realizar nuevas evaluaciones. Para la medición de estas variables, igual que se ha señalado en el anterior proceso predictivo-descriptivo, se seleccionarán los instrumentos de evaluación adecuados según la edad, medida a evaluar y criterios de fiabilidad y validez.

   Para valorar el tratamiento se tomarán medidas antes y después del mismo. Para ello, se establecen unos criterios de cambio adecuados a las necesidades y demanda del cliente/sujeto, que sean realistas y que estén debidamente temporalizados (en el sentido de cuándo pueden ser alcanzados y en qué orden).

b) La segunda tarea en esta fase es la *selección de las técnicas de intervención y de las variables potencialmente contaminadoras*. Para la realización de esta tarea son necesarios conocimientos en evaluación y en intervención psicológica, dado que es tarea del profesional la elección del tratamiento. Éste debe regirse por las pruebas existentes sobre la efectividad y eficacia de los tratamientos disponibles que se ajusten a las características del problema planteado.

   Para que el sujeto pueda llevar a cabo el tratamiento y éste pueda favorecer cambios positivos, es importante que entienda las razones que justifican la aplicación de este tratamiento, así como la forma en la que se llevará a cabo. Además, es importante que se sienta motivado para realizarlo. En el caso de los niños el profesional es el que debe adecuar la información sobre el tratamiento al nivel del desarrollo del niño y conseguir

que se sienta motivado para conseguir los objetivos que se han planteado.

c) La tercera tarea es la *selección del diseño de evaluación*, que es el plan de acción que va a establecer quién o quiénes serán evaluados, con qué medidas y en qué momento (del proceso de evaluación-tratamiento-valoración) (Fernández-Ballesteros, 2011).

La evaluación del sujeto se realizará antes y después de la intervención, o antes, durante y después de esta. Para ello, las medidas seleccionadas deben permitir esta evaluación en diferentes momentos.

Esta fase y las siguientes son más propias de la parte de intervención, y únicamente se mencionarán aspectos relevantes para mostrar el proceso continuo. Pueden consultar información más ampliada sobre la intervención en el capítulo 3 del presente manual.

2.2.2. Fase 6. Tratamiento: diseño y administración y, en su caso, evaluación continua

El tratamiento hace referencia a la intervención psicológica que se realiza para producir un cambio del comportamiento (cognitivo, motor o fisiológico) o de otras condiciones psicológicas del sujeto.

Cuando el profesional trabaja en el área clínica, la evaluación y la intervención son las dos tareas principales. Como se ha señalado en la fase anterior, el profesional diseña y lleva a cabo el tratamiento elegido, y estructura la evaluación adecuada según las variables, los instrumentos y la intervención.

2.2.3. Fase 7. Valoración y comunicación de resultados

En esta fase se valora hasta qué punto el tratamiento administrado ha permitido alcanzar los cambios comportamentales previamente establecidos. Para ello, se realiza una nueva recogida de información, la comunicación de resultados e informe oral y/o escrito, y el seguimiento.

También se puede recoger información sobre la satisfacción del cliente/sujeto con el tratamiento y los cambios subjetivos que perciben, y si se han producido efectos colaterales sobre los que no se ha realizado una intervención directa.

La valoración de resultados se realizará teniendo en cuenta el criterio experimental y el clínico o terapéutico. El criterio experimental hace referencia a la diferencia significativa entre los valores iniciales, antes del tratamiento, y los valores obtenidos tras el tratamiento. El criterio clínico o terapéutico hace referencia a la importancia subjetiva y social que le atribuye el sujeto a los cambios producidos tras el tratamiento.

Como se ha comentado al final del proceso descriptivo-predictivo, el último punto de ambos procesos es la comunicación de los resultados a través del informe verbal y/o escrito.

3. LOS INSTRUMENTOS DURANTE EL PROCESO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

La elección de los instrumentos para la evaluación psicológica depende de qué se quiere evaluar, para qué (es decir, cuál es el objetivo) y quién o quiénes van a ser evaluados.

Como se ha mencionado, las técnicas a elegir para realizar la evaluación deben tener los criterios de fiabilidad y validez adecuados. Además, según el momento del proceso de evaluación también se seleccionan las técnicas más generales o específicas.

Siguiendo el esquema planteado por Fernández-Ballesteros (2011), las técnicas de evaluación seguirán el esquema de un «embudo», desde lo más amplio a lo más específico (figura 2.1).

En la primera fase de evaluación se utilizarán métodos e instrumentos de amplio espectro y bajo coste, como la entrevista, listado de conductas problemáticas, observación sistemática, etc. Así, por ejemplo, si queremos observar las conductas de falta de atención en clase podemos pedirle a la profesora que anote cuándo se producen las conductas de inatención previamente establecidas.

En el segundo momento, el profesional ya utiliza técnicas más costosas, más fiables y válidas, ya que le permitirán contrastar las hipótesis formuladas.

Para seleccionar la prueba de evaluación más adecuada hay que tener en cuenta algunos criterios (Moreno, 2005):

a) En primer lugar, conocer las *pruebas estandarizadas* que están actualizadas y que cuentan con instrucciones específicas para su aplicación y calificación.
b) En estas pruebas se elegirán aquellas que posean *adecuados criterios de calidad,* tanto de fiabilidad como de validez. Estos criterios pueden ayudarnos a elegir entre diferentes pruebas que evalúan el mismo constructo.
c) Los instrumentos que se seleccionen deben ser adecuados para las características del sujeto al que vamos a evaluar, teniendo en cuenta, especialmente, la *edad* y el nivel de desarrollo.
d) Para la administración del instrumento se seleccionará la *modalidad individual o grupal,* según las características de la prueba, el número de sujetos a evaluar, el tiempo de aplicación, el formato de la prueba (prueba de lápiz y papel, computadorizada, etc.) y el objetivo que se pretende evaluar.

Una vez elegidas las pruebas que se van a aplicar, es imprescindible que el evaluador tenga en cuenta unas condiciones para la aplicación.

En primer lugar, que se familiarice con la prueba, con sus materiales y procedimiento de aplicación, así como que aprenda la forma de corrección y obtención de las puntuaciones. Esto es imprescindible para la correcta administración e interpretación de los instrumentos.

Se ha de *preparar adecuadamente el lugar donde se aplicarán las pruebas,* que conviene

que tenga suficiente luz, sin ruidos ni factores distractores que puedan dificultar la ejecución. Asimismo, hay que *crear un ambiente y rapport adecuados*. Es importante que el sujeto se sienta cómodo y exista una buena comunicación con el profesional, así como que se encuentre descansado para optimizar su rendimiento en la evaluación.

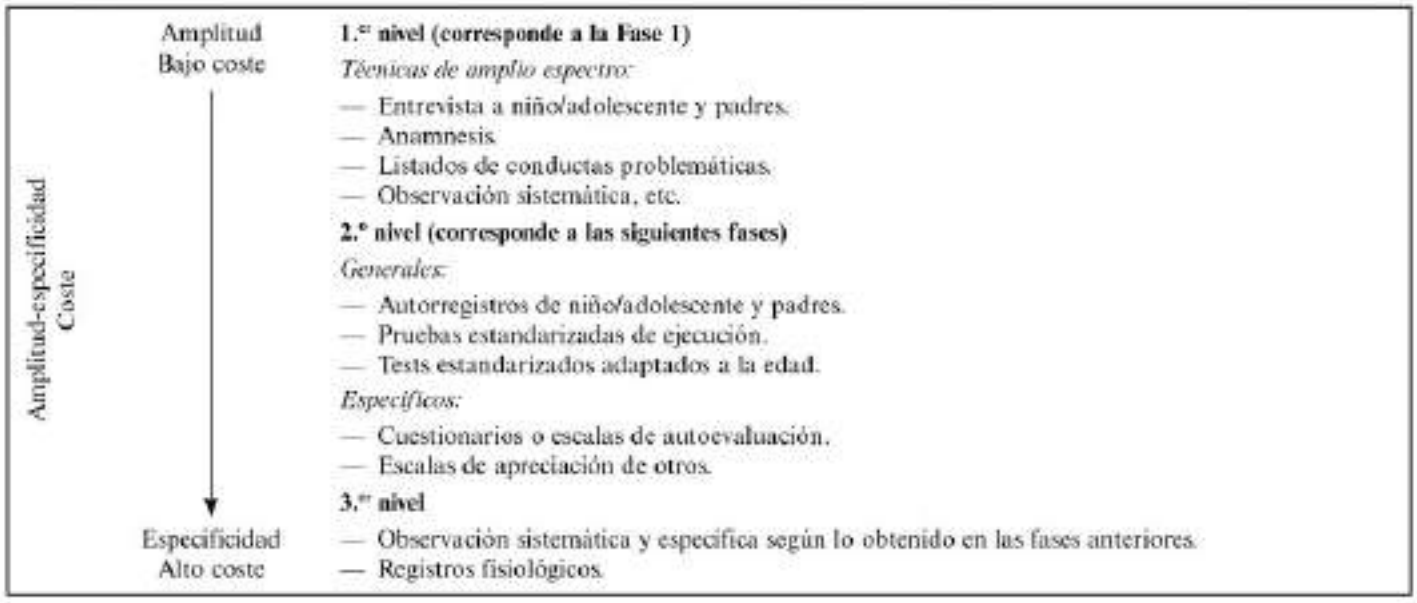


Figura 2.1.—Técnicas según la etapa del proceso de evaluación psicológica. (FUENTE: Basado en Fernández-Ballesteros, 2011.)

Antes de iniciar la aplicación de la prueba debe preparar los materiales necesarios. Hay que preparar las hojas de respuesta y contar con un cronómetro para las pruebas con límite de aplicación. En ese momento se *explica el propósito de la evaluación y cómo se va a utilizar la información obtenida*, garantizando la confidencialidad de los resultados e indicando quién tendrá acceso a la información obtenida y para qué se utilizará. En ese momento se explicarán los beneficios de la evaluación que se va a realizar.

Se deben seguir estrictamente las normas de aplicación de la prueba, informando al sujeto de las instrucciones de forma clara. Hay que dar las instrucciones de manera que el sujeto las entienda, es decir, hay que adaptarse a la edad del niño y a su nivel de comprensión. No se comenzará a administrar hasta habernos asegurado que ha entendido las instrucciones.

Posteriormente se *corrigen las pruebas siguiendo los pasos que se indican en el manual* para evitar errores. El manual da indicaciones de cómo obtener la puntuación directa y cómo convertirla a una puntuación normalizada teniendo en cuenta la edad y sexo del niño.

El psicólogo *cumplirá con las obligaciones éticas y deontológicas* antes de iniciar la evaluación, solicitando el consentimiento del representante legal del niño e informando de quién podrá tener acceso a la información. El profesional se regirá por el Código Deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos.

Es preciso destacar que el profesional debe adquirir experiencia en la administración del

instrumento, como se ha señalado, y no administrar un instrumento hasta que tenga plena seguridad y conocimiento de éste. No tener dominio del instrumento de evaluación incide tanto en la fiabilidad y validez de los resultados como en el tiempo utilizado para su administración.

Como se ha comentado a lo largo del presente capítulo, la evaluación de adultos y niños/adolescentes es diferente. A continuación se presentan las características propias de la entrevista a niños y adolescentes.

4. LA ENTREVISTA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

La entrevista es el método más utilizado para la evaluación e intervención en psicología clínica. La entrevista con niños y adolescentes tiene unas características especiales que debemos conocer y atender para realizarla correctamente.

Para realizar la entrevista hay que tener en cuenta los aspectos evolutivos, ya que conocer la evolución de las distintas áreas de desarrollo nos permitirá una adecuada detección de problemas.

4.1. Las preguntas en la entrevista

Según el desarrollo evolutivo del niño, podrá responder a unas preguntas u otras. Los niños de aproximadamente 17 meses pueden entender que algunas preguntas se contestan con sí o no, pero no siempre entienden lo que se les pregunta. A los 20-22 meses pueden responder a las preguntas en positivo y hacia los 30 a las preguntas en negativo. Antes de los 7 años tienen dificultades para responder a preguntas sobre personas, objetos o sucesos que no están presentes. Por eso habrá que encontrar técnicas de recrear la situación, con juegos y juguetes o materiales que permitan que el niño vea de forma concreta lo que le preguntamos. Los niños son capaces de responder antes a las preguntas «qué, dónde y quién» que a las de «cuándo, cómo y por qué». De hecho, esta última no se domina hasta los 8 años, y en algunos niños más tarde (Carrasco, 2012).

Es recomendable empezar con preguntas abiertas y después pasar a preguntas más específicas e incluso cerradas (con un rango limitado de alternativas posibles). En las preguntas abiertas el niño tiene la posibilidad de contar lo que él considera más importante. Las preguntas cerradas pueden sugerir una respuesta, si el niño piensa que estamos esperando una determinada información, igual que si la pregunta es demasiado ambigua: «¿Tu padre te castiga cuando te portas mal?». Estas preguntas hay que realizarlas intentando que no sugieran respuestas. Con niños en edad preescolar es mejor realizar preguntas específicas, porque les ayuda a recordar mejor la información.

Con los adolescentes, demasiadas preguntas cerradas pueden provocar sensación de interrogatorio, dado que pueden contestar con monosílabos.

Según Sattler (1992), en una entrevista con niños estableceremos algunas metas generales

como las siguientes.

En primer lugar, tras informar del tipo de entrevista que se realizará, obtener el consentimiento informado para llevar a cabo la entrevista (en caso de los adolescentes también de ellos) o la aceptación de la entrevista (para niños de menor edad), deben entender qué es lo que vamos a hacer y en qué va a consistir la entrevista. Comentaremos al niño los procedimientos de evaluación y la posibilidad de procedimientos de seguimiento.

Para ello se valorará la comprensión que tiene acerca de la razón por la que se le hace la entrevista y cómo se siente con respecto a estas razones, así como la capacidad y disposición del niño a participar en el proceso de evaluación.

Se le preguntará sobre la información que tiene de la situación que ha provocado que se produzca la entrevista, identificando los sucesos antecedentes, consecuentes y reforzadores que pueden estar relacionados con los problemas que manifiesta el niño o adolescente.

A través de las respuestas se identificará la frecuencia, magnitud, duración, intensidad y generalización de estos problemas, así como las circunstancias en las que los problemas tienen mayor o menor probabilidad de ocurrir.

Preguntaremos al niño sobre los padres, el colegio y su ambiente, reuniendo información sobre sus percepciones acerca de sus padres, maestros, compañeros y otros individuos significativos en su vida, para identificar los factores que pueden estar contribuyendo a los problemas.

Se evaluarán también las fortalezas, motivaciones y recursos para el cambio que posee el niño.

A continuación se describen las características específicas de la entrevista con padres y profesores.

4.2. La entrevista con padres y profesores

La entrevista con los padres es una parte importante del proceso de evaluación, pues son una fuente de información valiosa sobre el niño y toda la familia. El primer paso de la entrevista con los padres es establecer el *rapport*. A continuación se focalizará la atención sobre los temas de interés y el tema que les preocupa. Aunque a menudo los padres son la mejor fuente de información, en ocasiones pueden estar sujetos a sesgos, ya que podrían minimizar los problemas para preservar su imagen como buenos padres o la de la familia, o podrían exagerarlos, por algún tipo de beneficio o por su falta de recursos para hacer frente a algún comportamiento del niño o adolescente. Además, como se ha comentado, se observan discrepancias entre las observaciones de padres e hijos (Sheldrick, Neger, Shipman y Perrin, 2012).

Hay dos temas que son especialmente relevantes y que habría que abordar en la entrevista con los padres: las relaciones de apego padres-hijos y el estilo de crianza de los padres.

John Bowlby (1951) definió el **apego** como la destreza del niño para tener confianza en sí

mismo y en los otros cuando lo necesite, pudiendo diferenciar en quién confiar, así como la habilidad de considerar que merece amor, tener seguridad en sus capacidades para lograr lo que precisa y resolver las dificultades que se le planteen (Bowlby, 1997). Esta teoría pone de manifiesto que el apego se desarrolla en las relaciones que el niño establece con sus progenitores (Lewis-Morrarty, Degnan, Chronis-Tuscano, Pine, Henderson y Fox, 2015).

Bowlby ofreció un paradigma para entender las relaciones de apego, y Ainsworth (Ainsworth et al., 1978) comprobó empíricamente la relación entre el apego inseguro y la posterior psicopatología. En el corazón de la teoría de Bolwlby (1973) está la idea de que una pérdida temprana, la separación de los padres o la ausencia de una figura de apego tiene efectos negativos en el desarrollo psicológico. De esta manera, los niños con apego inseguro, debido a un inconsistente o inadecuado cuidado, toman esos modelos desadaptativos y los representan en sus relaciones interpersonales y en su ambiente social. Así, algunas investigaciones muestran que la calidad de la relación con los padres está relacionada con la de los iguales (Kerns, Contreras y Neal-Barnett, 2000). Concretamente, cuando la relación de apego con los padres es segura, los niños y adolescentes muestran mayor competencia con los iguales (Booth-LaForce y Kerns, 2008; Veríssimo, Santos, Fernandes, Shin y Vaughn, 2014).

La relación de apego también afecta a las emociones que sienten y manifiestan los hijos, observándose, por ejemplo, que las chicas que tienen apego seguro informan de más emociones positivas y menos negativas (Abraham y Kerns, 2013) y que los adolescentes con apego ansioso o evitativo con sus padres también presentan mayor intensidad en la expresión de la ira (Konishi y Hymel, 2014; González, Ordóñez, Montoya-Castilla y Gómez, 2014).

De esta manera, el vínculo de apego con los padres se estudia en relación a la manifestación de problemas internalizantes en los niños (Montoya-Castilla y Gómez, 2014). Los problemas internalizantes incluyen comportamientos que están dirigidos hacia el interior y controlados (Achenbach y Rescorla, 2000), así como síntomas relacionados con la depresión y la ansiedad, el aislamiento social y la retirada. Algunos autores encuentran relaciones entre apego inseguro y problemas internalizantes (Bohlin, Hagekull y Ryddell, 2000; Brumariu y Kerns, 2010), mostrando que los síntomas de ansiedad y depresión pueden ser manifestaciones de un apego inseguro (Madigan, Atkinson, Laurin y Benoit, 2013). Sin embargo, otros autores no encuentran esta relación (DeMulder, Denham, Schmidt y Mitchell, 2000; Stams, Juffer y van Ijzendoorn, 2002).

Respecto al **estilo de crianza parental** hay dos componentes que delimitan los tipos de estilos: la calidez/sensibilidad y el control del comportamiento. Baumrind (1966, 1971) estableció tres estilos de crianza que varían en la combinación de estas dos dimensiones.

— El estilo parental *autoritario* se caracteriza por alto control en el comportamiento y baja calidez. Estos padres son más rígidos, valoran la obediencia y la adherencia estricta a reglas, mientras muestran poco afecto y cualidades de crianza.
— El estilo *permisivo* se caracteriza por bajo control comportamental y alta calidez. Estos padres hacen pocas demandas a sus hijos en términos de responsabilidad y

comportamiento.

— El estilo *autoritativo* (conocido también como democrático o equilibrado) es alto en control comportamental y en calidez. Estos padres tienden a implementar directrices razonables mientras ofrecen calidez y ambiente de crianza nutritivo.

Las investigaciones han relacionado estos estilos con indicadores psicológicos en los niños. Por ejemplo, el estilo autoritario se asocia fuertemente con ansiedad elevada y síntomas obsesivo-compulsivos, depresión, uso de drogas, baja confianza en sí mismo, baja autoestima, menos felicidad, menos estrategias de afrontamiento activo (Furnham y Cheng, 2000; Klein, O'Bryant y Hopkins, 1996; Milevsky, Schlechter, Netter y Keehn, 2007; Timpano, Keough, Mahaffey, Schmidt y Abramowitz, 2010; Wolfradt, Hempel y Miles, 2003) y más trastornos emocionales (Chorpita y Barlow, 1998; Gerlsma, Emmelkamp y Arrindell, 1990; Rapee, 1997; Wood, McLeod, Sigman, Hwang y Chu, 2003). Los niños con padres *permisivos* son generalmente más positivos y muestran más vitalidad que los autoritarios, pero se observa que tienen bajo autocontrol, menos responsabilidad, bajo rendimiento y baja confianza en sí mismos (Dornsbusch, Ritter, Leiderman, Roberts y Fraleigh, 1987; Furnham y Cheng, 2000). El estilo autoritativo se asocia con resultados más positivos, incluyendo felicidad, bajo neuroticimo, asertividad, razonamiento moral avanzado, autonomía y otras ventajas (Boyes y Allen, 1993; Furnham y Cheng, 2000; Klein et al., 1996; Steinberg, Elmen y Mounts, 1989). En muestras europeas el estilo autoritativo parece ser un factor de protección en términos de sintomatología depresiva y comportamientos de fumar y beber (Piko y Balázs, 2012a, 2012b), así como de inadaptación personal, escolar y social (Montoya-Castilla, González, Prado-Gascó y Górriz, 2014).

En la **entrevista con padres** nos estableceremos algunas metas a conseguir (Sattler, 1992).

En primer lugar, obtener su consentimiento informado para llevar a cabo la evaluación del niño y revisar los procesos de evaluación que se podrían utilizar con él. Se informa de la confidencialidad de los datos registrados, a no ser que alguna persona corra peligro o la ley lo requiera.

Se obtendrá información sobre las preocupaciones y metas de los padres. En muchas ocasiones los padres están preocupados por la etiología del problema, qué pueden hacer ellos para ayudar, si otros hermanos pueden tener el mismo problema, cómo contarlo en la familia o si ellos son responsables del problema, entre otras cuestiones.

En la entrevista con los padres se elaborará la historia clínica del niño, incluyendo sus antecedentes médicos, de desarrollo, educativos y sociales, con la finalidad de identificar los problemas del niño, así como los sucesos antecedentes y consecuentes relacionados. Se preguntará desde el embarazo (si ha sido deseado o no), problemas en el parto, si son padres adoptivos, antecedentes familiares (si es pertinente), etc.

Es importante abordar estos sucesos con delicadeza y desde el respeto, reconociéndoles la dificultad de su tarea como padres y evitando juicios sobre su estilo de crianza. En este

momento lo importante es detectar qué ha desencadenado el problema y sobre qué aspectos se enfocará la intervención. También se determinará la manera en que los padres han afrontado el problema o problemas en el pasado (incluyendo si antes han buscado tratamiento y, en ese caso, quién se lo proporcionó, y las fechas y resultados de dicho tratamiento) y lograr su autorización para obtener los registros de cualquier tratamiento previo. Cuando los padres acuden a un profesional, algunos de los sentimientos que manifiestan habitualmente son el de culpa y el de frustración. Los padres ya han probado diferentes opciones para intentar resolver el problema que presenta el niño o adolescente y sienten que han fracasado y que solos no han podido resolver el problema.

En la entrevista atenderemos a la motivación y recursos de los padres para el cambio y sus expectativas acerca del tratamiento del niño, así como las percepciones de los padres sobre las fortalezas y debilidades del niño. Los padres recordarán mejor hechos concretos (pesadillas, berrinches) y responderán mejor a preguntas cerradas, donde les ofrezcamos diferentes opciones. Se les pedirá que verifiquen sus recuerdos con la información de registros médicos, libros escolares y otros registros formales e informales, si su memoria de hechos importantes o de fechas es confusa.

La actitud que muestra el psicólogo en la entrevista con los padres influirá en que éstos se sientan comprendidos y colaboren con la recogida de información (Sattler, 1992). Para ello se mostrará interés por las preocupaciones de los padres, desde un enfoque tranquilo, carente de críticas, para reducir su estrés. Se trabaja desde una actitud empática y respetando los sentimientos de los padres, mostrándoles que la crianza es una actividad compleja y difícil en algunas etapas y que, en ocasiones, los problemas emocionales o físicos de los niños pueden deberse a acontecimientos que escapan del control de los padres. En este sentido, se reforzarán las habilidades constructivas y útiles como padres y se evitará cualquier sugerencia de que tienen la culpa de las dificultades del niño. Esto no se aplica en casos de abuso o maltrato.

Si se trabaja con una familia de dos padres, se intentará que ambos asistan a la entrevista, para obtener una visión más completa de la familia y el punto de vista de ambos miembros. Se determinarán las áreas en que los padres están de acuerdo o en desacuerdo acerca del manejo del niño. En caso de evaluaciones por custodia, maltrato infantil o violencia doméstica se considerará entrevistarlos por separado. En casos de divorcio, si el niño presenta rechazo marcado hacia uno de los padres, con críticas duras, se valorará con ellos y con otras fuentes la posibilidad de la presencia del «síndrome de alienación parental» (Farkas, 2011).

Al final de la entrevista se les agradece su participación y se resume el contenido más relevante. Se les informa de si habrá más entrevistas, si se realizará intervención y las posibles dudas o cuestiones que planteen los padres.

En la **entrevista con los profesores** se pueden abordar algunos de los temas que se han tratado con los padres. A los profesores también se les preguntará por la manera en que otros niños y maestros reaccionan ante el niño evaluado y el rendimiento académico del niño.

La entrevista con los profesores debe cubrir algunas áreas (Sattler, 1992) como las que se exponen a continuación

La percepción que el profesor tiene acerca del comportamiento problemático del niño. En este caso conviene tener información de varios profesores, para poder valorar si la percepción de alguno de los profesores depende de la relación que se haya generado entre profesor y alumno o de un contexto de una clase determinada. Podemos preguntarle al tutor por las referencias que otros profesores han dado del comportamiento del niño durante sus clases, así como de las evaluaciones. Con esta información se intentará detectar los determinantes ambientales que pueden estar influyendo en el comportamiento del niño y las reacciones que generan a su alrededor.

Los profesores tienen información muy valiosa sobre la relación del niño con los compañeros, dado que ven cómo interactúan tanto en situaciones de trabajo y actividades como en situaciones de juego. Nos interesa especialmente conocer si, desde la percepción del profesor, es un niño elegido para estas actividades o, por el contrario, está marginado dentro del aula o en el patio.

En esta entrevista se obtendrá información sobre el rendimiento académico y las dificultades que pueda presentar; por ejemplo, si tiene notas bajas se intentará detectar si es debido a una cuestión de estudiar poco, de no entender los contenidos, de dificultades de atención por parte del niño, de mal comportamiento en clase, etc., dado que la intervención dependerá de la razones que estén provocando este bajo rendimiento.

Se preguntará a los profesores que tengan más contacto con el niño, que indiquen cuáles son sus expectativas acerca del niño y la percepción que tienen de él, así como de la familia y de la relación familia y escuela (si es fluida, si los padres no responden a las citas, etcétera).

De la misma manera, se evaluarán también las fortalezas y debilidades que perciben los profesores, para poder utilizar esta información en una posible intervención en el ámbito escolar, y se tratará con ellos si ésta es factible y aceptable.

A continuación se muestra un pequeño resumen de algunas de las dificultades que pueden aparecer en el proceso de evaluación, para poder prevenirlas.

5. DIFICULTADES EN LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO

Como se ha mencionado, la evaluación de niños y adolescentes implica algunas dificultades. Serra (1995) plantea cinco dificultades o peligros a tener en cuenta (tabla 2.3).

La utilización y destreza en el manejo y aplicación correcta de los instrumentos. Cuando realizamos una evaluación, tanto a niños, adolescentes o adultos, es necesario estar familiarizados con estos instrumentos, conocerlos en profundidad y haber realizado diferentes prácticas con ellos. En el caso de la evaluación de niños, las pruebas son complejas y requieren en mayor medida el conocimiento de las peculiaridades de cada prueba, así como de

la capacidad de observación en cuanto a la relación madre-hijo, técnicas de motivación para que los niños completen las pruebas, adecuación del lenguaje a la hora de explicar las instrucciones y otros requisitos, que pueden hacer que, en caso de no tener la formación suficiente para administrar estas pruebas, invaliden la evaluación.

TABLA 2.3
Dificultades en la evaluación del desarrollo psicológico

— La utilización y destreza en el manejo y aplicación correcta de los instrumentos.
— El grado de cooperación o inhibición del niño ante el examinador.
— Es imprescindible conocer las variaciones normales de las áreas del desarrollo.
— El aspecto y características físicas del niño.
— Presencia de enfermedades orgánicas o déficits sensoriales, motores, etc.

El grado de cooperación o inhibición del niño ante el examinador. Es importante desarrollar la habilidad del profesional para crear un ambiente de evaluación tranquilo, confortable y seguro para el niño, de manera que se sienta con confianza para responder a todas las cuestiones y tareas. De ello depende que la evaluación realizada responda a los objetivos planteados.

Es imprescindible conocer las variaciones normales de las áreas del desarrollo. Para considerar que un comportamiento es una conducta problema hace falta conocer el margen en el que estas conductas aparecen desde un punto de vista evolutivo. Pequeñas diferencias en un área pueden no ser significativas en un momento evolutivo, pero ser indicativas de algún problema en otro momento.

El aspecto y características físicas del niño. Uno de los peligros es que estas características influyan en la valoración del profesional sobre el diagnóstico o pronóstico. Por tanto, se tendrá en cuenta como posible riesgo para evitar esa influencia.

Presencia de enfermedades orgánicas o déficits sensoriales, motores, etc. En este sentido, es necesario para un profesional que realice evaluación infantil tener conocimientos acerca de los principales síndromes pediátricos y trastornos psicológicos en la infancia que pueden afectar al funcionamiento saludable.

6. CONCLUSIONES

En el presente capítulo se han presentado las principales características de la evaluación a niños y adolescentes. En este tipo de evaluación tenemos que atender tanto a los niños/adolescentes como a sus padres.

La evaluación se enfoca desde una perspectiva evolutiva y recogiendo variables biológicas, emocionales, cognitivas, interpersonales, ambientales, sociales, físicas y educativas.

A lo largo del capítulo se han revisado las fases del proceso de evaluación, así como los objetivos a cubrir por cada una de estas fases. Los instrumentos de evaluación utilizados deben ser adecuados para la edad del niño/adolescente, debiendo el profesional que los administra conocer muy bien estas pruebas. Esto permitirá realizar una evaluación fluida y centrada en el comportamiento del niño, para comprobar si está entendiendo la prueba y está motivado para realizarla.

El instrumento principal de evaluación es la entrevista. Con niños incluiremos en la entrevista otros materiales (juegos, arcilla, cuentos, etc.) que nos permitan obtener la información, adecuarnos al lenguaje del niño, identificar factores estresantes o identificar los recursos que tiene para hacer frente al problema, entre otras informaciones.

En la evaluación infantil es muy importante la evaluación multicomponente, que incluye diferentes informadores y diferentes contextos.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN (Descargar o imprimir)

1. Una de las características específicas de la evaluación psicológica en niños y adolescentes es…

   a) Se debe utilizar una única técnica de evaluación que tenga buenos índices de fiabilidad y validez.
   b) El diagnóstico debe hacerse desde una perspectiva evolutiva.
   c) El diagnóstico se realiza con la evaluación realizada únicamente al niño.

2. La capacidad de recuerdo en los niños:

   a) Es mayor que la de los adultos.
   b) Está influenciada por el estado emocional del niño.
   c) Está influenciada por la edad a la que preguntamos más que por la edad que tenía cuando ocurrió el hecho.

3. Uno de los objetivos de la fase de formulación de hipótesis y deducción de enunciados verificables (segunda fase del proceso descriptivo-predictivo) es:

   a) Especificar la demanda.
   b) Fijar objetivos sobre el caso.
   c) Plantear supuestos.

4. Con niños menores de 8 años es conveniente que la entrevista no dure más de:

   a) Una hora.

b) Media hora.
c) Tres cuartos de hora.

5. Durante la primera fase de evaluación se utilizarán técnicas de amplio espectro como:

a) Autorregistros.
b) Escalas de apreciación.
c) Entrevista.

Respuestas correctas

1	2	3	4	5
b)	*b*)	*c*)	*a*)	*c*)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abraham, M. M. y Kerns, K. A. (2013). Positive and negative emotions and coping as mediators of mother-child attachment and peer relationships. *Merrill-Palmer Quarterly, 59*(4), 399-425. Retrieved from http://search.proquest.com/docview/1460539204?accountid=14777.

Achenbach, T. M. y McConaughy, S. H. (1987). *Empirically based assessment of child and adolescent psychopathology – Practical applications*. Newbury Park, California: Sage.

Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.

Achenbach, T. M., McConaughy, S. H. y Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of crossinformant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin, 101*, 213-232.

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Basgul, S. S., Uneri, O. S., Akkaya, G. B., Etiler, N. y Coskun, A. (2011). Assessment of drawing age of children in early childhood and its correlates. *Psychology, 2*(4), 376-381. Retrieved from http://search.proquest.com/docview/903778404?accountid=14777.

Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development, 37*(4), 887-907.

Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology, 4*, 1-103.

Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence, 11*, 56-95.

Bohlin, G., Hagekull, B. y Rydell, A. M. (2000). Attachment and social functioning: A longitudinal study from infancy to middle childhood. *Social Development, 9*, 24-39. doi:10.1111/1467-9507.00109.

Booth-LaForce, C. y Kerns, K. A. (2008). Child-parent attachment relationships, peer relationships, and peer group functioning. En K. H. Rubin, W. M. Bukowski y B. Laursen (eds.), *Handbook of peer interactions, relationships, and groups* (pp. 490-507). Nueva York: Guilford Press.

Bowlby, J. (1951). Maternal care and mental health. *Bulletin of the World Health Organization, 3*, 355-534.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss*: *Vol. 2. Separation: Anxiety and danger*. Nueva York, NY: Basic Books.

Bowlby, J. (1997). *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós.

Boyes, M. C. y Allen, S. G. (1993). Styles of parent-child interaction and moral reasoning in adolescence. *Merrill-Palmer Quarterly, 39*, 551-570.

Brumariu, L. E. y Kerns, K. A. (2010). Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology, 22*, 177-203. doi:10.1017/S0954579409990344.

Carrasco, A. (2012). La entrevista con niños y adolescentes. En C. Perpiñá (coord.) *Manual de la entrevista psicológica*.

Saber escuchar, saber preguntar (201-239). Madrid: Pirámide.
Casullo, M. M., Cruz, M. S., González, R. y Maganto, C. (2003). Síntomas psicopatológicos en adolescentes: estudio comparativo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 16*(2), 135-151.
Chi, T. C. y Hinshaw, S. P. (2002). Mother-child relationships of children with ADHD: The role of maternal depressive symptoms and depression-related distortions. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*(4), 387-400. Retrieved from http://search.proquest.com/docview/204987956?accountid=14777.
Chorpita, B. F. y Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin, 124*(1), 3-21.
De la Osa, N. y Lacalle, M. (2011). Evaluación en la infancia y adolescencia. En R. Fernández-Ballesteros (dir.). *Evaluación psicológica,* 2.ª ed. Madrid: Pirámide.
Del Barrio, M. V. (1995). Evaluación clínica infantil y adolescente. En F. Silva, *Evaluación psicológica en niños y adolescentes*. Madrid: Ed. Síntesis Psicología.
Delfos, M. F. (2009). *¿Me estás escuchando? Cómo conversar con niños entre los 4 y los 12 años.* Madrid: Pirámide.
DeMulder, E. K., Denham, S., Schmidt, M. y Mitchell, J. (2000). Q-sort assessment of attachment security during the preschool years: Links from home to school. *Developmental Psychology, 36,* 274-282. doi: 10.1037/0012-1649.36.2.274.
Dornsbusch, S. M., Ritter, P. L., Leiderman, P. H., Roberts, D. F. y Fraleigh, M. J. (1987). The relation of parenting style to adolescent school performance. *Child Development, 58,* 1244-1257.
Edel, R. (2003). El rendimiento académico: concepto, investigación y desarrollo. *Revista Electrónica Iberoamericana sobre calidad, eficacia y cambio en educación, 1*(2), 1-15.
Edelbrock, C. (1984). Developmental considerations. En T. H. Ollendick y M. Hersen (dirs.), *Child behavioral assessment – Principles and procedures*. Nueva York: Pergamon.
Farkas, M. M., P. M. H. N. P.-B. C. (2011). An introduction to parental alienation syndrome. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 49*(4), 20-6. doi:http://www.healio.com/psychiatry/journals/jpn/2011-4-49-4.
Fernández-Ballesteros, R. (1999). *Introducción a la Evaluación Psicológica I* (4.ª ed.). Madrid: Pirámide.
Fernández-Ballesteros, R. (2011). El proceso como procedimiento científico y sus variantes. En R. Fernández-Ballesteros (dir.). *Evaluación psicológica,* 2.ª ed. Madrid: Pirámide.
Forns, M. (1993). *Evaluación psicológica infantil*. Barcelona: Barcanova.
Furnham, A. y Cheng, H. (2000). Perceived parental behaviour, self-esteem and happiness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 35,* 463-470.
Garaigordobil, M. (1998). El concepto de evaluación psicológica y psicodiagnóstico (pp. 21-36). En M. Garaigordobil, *Evaluación Psicológica: Bases teórico-metodológicas, situación actual y directrices de futuro*. Salamanca: Amarú.
Gerlsma, C., Emmelkamp, P. M. y Arrindell, W. A. (1990). Anxiety, depression, and perception of early parenting: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 10,* 251-277.
González, R., Ordóñez, A., Montoya-Castilla, I. y Gómez, O. (2014). Emociones e inadaptación en la preadolescencia. En M. V. Mestre, P. Samper y A. M. Tur-Porcar, *Desarrollo prosocial en las aulas. Propuestas para la intervención*. Valencia: Tirant Humanidades.
Kerns, K. A., Contreras, J. M. y Neal-Barnett, A. M. (2000). *Family and peers: Linking two social worlds*. Westport, CT: Praeger.
Klein, H. A., O'Bryant, K. y Hopkins, H. R. (1996). Recalled parental authority style and self-perception in college men and women. *Journal of Genetic Psychology, 157*(1), 5-17.
Konishi, C. y Hymel, S. (2014). An attachment perspective on anger among adolescents. *Merrill – Palmer Quarterly, 60*(1), 53-79. Retrieved from http://search.proquest.com/docview/1508514917?accountid=14777.
La Greca, A. M. (1990). Issues and perspectives on the child assessment process. En A. M. La Greca (dir.), *Through the eyes of the child*. Boston: Allyn and Bacon.
Lewis-Morrarty, E., Degnan, K. A., Chronis-Tuscano, A., Pine, D. S., Henderson, H. A. y Fox, N. A. (2015). Infant attachment security and early childhood behavioral inhibition interact to predict adolescent social anxiety symptoms. *Child Development, 86*(2), 589-613.
Luciano, M. C. (ed.) (1996). *Manual de Psicología Clínica Infantil*. Valencia: Promolibro.
Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K. y Benoit, D. (2013). Attachment and internalizing behavior in early childhood: A meta-analysis. *Developmental Psychology, 49*(4), 672-689. doi:http://dx.doi.org/10.1037/a0028793.
Milevsky, A., Schlechter, M., Netter, S. y Keehn, D. (2007). Maternal and paternal parenting styles in adolescents: Associations with self-esteem, depression and life-satisfaction. *Journal of Child and Family Studies, 16,* 39-47.
Montoya-Castilla, I. y Gómez, O. (2014). Competencia emocional en los padres y su relación con el bienestar en la infancia. En R. González y L. Villanueva, *Recursos para educar en emociones. De la teoría a la acción*. Madrid: Pirámide.
Montoya-Castilla, I., González, R., Prado-Gascó, V. y Górriz, A. (2014). Estilos parentales y emociones en la infancia. En V. Mestre, P. Samper y A. M Tur-Porcar, *Desarrollo prosocial en las aulas*. Valencia: Tirant Humanidades.

Moreno, C. (2005). *Evaluación psicológica: Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia*. Madrid: Sáinz y Torres.
Ollendick, T. H. y Hersen, M. (1993). Child and adolescent behavioral assessment. En T. H. Ollendick y M. Hersen (dirs.), *Handbook of child and adolescent assessment.* Boston: Allyn and Bacon.
Ordóñez, A., Maganto, C. y González, R. (2014). Quejas somáticas, conciencia emocional e inadaptación en población escolar. *Anales de Pediatría, 85*(2), 308-331. Doi: 10.1007/s00127-010-0273-4.
Piko, B. F. y Balázs, M. Á. (2012a). Authoritative parenting style and adolescent smoking and drinking. *Addictive Behaviors, 37*(3), 353-356.
Piko, B. F. y Balázs, M. Á. (2012b). Control or involvement? Relationship between authoritative parenting style and adolescent depressive symptomatology. *European Child and Adolescent Psychiatry, 21*(3), 149-155.
Postigo, S., González, R., Montoya, I. y Mateu, C. (2012). Predicting bullying: maladjustment, social skills and popularity. *Educational Psychology: An international Journal of Experimental Educational Psychology, 32*(5), 627-639.
Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review, 17*(1), 47-67.
Sattler, J. M. (1992). *Assessment of children* (Rev. And upd., 3.ª ed.): San Diego: J. M. Sattler.
Serra, E. (1995). El proceso evolutivo en la evaluación. En F. Silva. *Evaluación psicológica en niños y adolescentes*. Madrid: Ed. Síntesis Psicología.
Sheldrick, R. C., Neger, E. N., Shipman, D. y Perrin, E. C. (2012). Quality of life of adolescents with autism spectrum disorders: Concordance among adolescents' self-reports, parents' reports, and parents' proxy reports. *Quality of Life Research, 21*(1), 53-7. http://dx.doi.org/10.1007/s11136-011-9916-5.
Silva, F. (1995). Cuestiones introductorias. En F. Silva, *Evaluación psicológica en niños y adolescentes*. Madrid: Ed. Síntesis Psicología.
Stams, G. J., Juffer, F. y van Ijzendoorn, H. (2002). Maternal sensitivity, infant attachment, and temperament in early childhood predict adjustment in middle childhood: The case of adopted children. *Developmental Psychology, 38,* 806-821. doi: 10.1037/0012-1649.38.5.806.
Timpano, K. R., Keough, M. E., Mahaffey, B., Schmidt, N. B. y Abramowitz, J. S. (2010). Parenting and obsessive compulsive symptoms: Implications of authoritarian parenting. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 24*(3), 151-164.
Van Meerbeke, A. V., Sandoval-Garcia, C., Ibáñez, M., Talero-Gutiérrez, C., Fiallo, D. y Halliday, K. (2011). Validation study of human figure drawing test in a colombian school children population. *The Spanish Journal of Psychology, 14*(1), 464-477. Retrieved from http://search.proquest.com/docview/866295167?accountid=14777.
Veríssimo, M., Santos, A. J., Fernandes, C., Shin, N. y Vaughn, B. E. (2014). Associations between attachment security and social competence in preschool children. *Merrill-Palmer Quarterly, 60*(1), 80-99. Retrieved from http://search.proquest.com/docview/1508514884?accountid=14777.
Villanueva, L., Prado-Gascó, V., González, R. y Montoya, I. (2014). Conciencia emocional, estados de ánimo e indicadores de ajuste individual y social en niños de 8-12 años. *Anales de Psicología, 30*(2), 772-780.
Weaver, S. J. (1984). *Testing Children*. Kansas City: Test Corporation of America.
Wilson, C. y Powell, M. (2001). *A guide to interviewing children. Essential skills for counsellors, police, lawyers and social workers*. Nueva York: Routledge.
Wolfradt, U., Hempel, S. y Miles, J. N. (2003). Perceived parenting styles, depersonalisation, anxiety and coping behaviour in adolescents. *Personality and Individual Differences, 34,* 521-532.
Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W. C. y Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*(1), 134-151.
Yang, Maurizi, L. K., Gershoff, E. T. y Aber, J. L. (2012). Item-level discordance in parent and adolescent reports of parenting behavior and its implications for adolescents' mental health and relationships with their parents. *Journal of Youth and Adolescence, 41*(8), 1035-1052. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s10964-011-9741-8.

3

La intervención psicológica infanto-juvenil

SZERENA MAJOROS
SILVIA POSTIGO

OBJETIVOS DEL CAPÍTULO

En este capítulo se pretende que el lector conozca las actuaciones referentes a la intervención psicológica infanto-juvenil tanto desde los aspectos legales como deontológicos, y que entienda los diferentes modelos de intervención, familiarizándose con las técnicas más utilizadas en esta población. Así, se describen en primer lugar los aspectos legales recogidos en el Código Civil que un psicólogo infanto-juvenil debe conocer y los aspectos deontológicos que son de obligado cumplimiento, así como algunas recomendaciones y consideraciones en la elaboración de informes psicológicos.

En segundo lugar, se establecen los requisitos previos para una buena intervención, en términos de aptitudes personales y conocimientos técnicos del terapeuta, así como del contexto y foco de la atención psicológica.

Ya entrados en el proceso terapéutico, se desarrollan aspectos relacionados con las tres fases generales de una intervención: evaluación, tratamiento y seguimiento. En el apartado de tratamiento se describen las principales aportaciones realizadas desde diferentes orientaciones y modelos teóricos a la intervención terapéutica infanto-juvenil.

Por último, se presentan algunas conclusiones del capítulo, la descripción de un caso clínico y preguntas de autoevaluación para asegurar la comprensión del texto.

1. ASPECTOS LEGALES Y DEONTOLÓGICOS

Cualquier profesional de la salud que trabaja con menores necesita conocer las leyes referentes a sus derechos y obligaciones. Cualquier intervención con menores implica el trabajo con la familia u otras figuras de apego, por lo que los cambios en los modelos de la familia nos exigen unos conocimientos mínimos en este ámbito. Estos conocimientos permiten actuar dentro del marco legal para respaldar la intervención desde las obligaciones de los profesionales sanitarios, habilitando al profesional para atender e informar a los clientes de manera correcta. Según los datos del Colegio Oficial de Psicólogos, la mayor parte de las denuncias es interpuesta por un progenitor preocupado por una intervención fuera del marco legal. Asimismo, y sin llegar a estos extremos, muchas intervenciones con menores están mediatizadas por asuntos legales que hay que saber comprender y manejar; por ejemplo, hay que saber interpretar documentos de carácter legal, como una sentencia de divorcio o cualquier otra demanda relacionada con el ámbito familiar. No obstante, ante cualquier duda siempre cabe la posibilidad de informarse a través del colegio oficial territorial respecto a las actuaciones permitidas según la ley y la deontología profesional.

Así, hay que conocer la jurisprudencia referente incluida en el Código Civil (desde el Título IV hasta el Título VII), que recoge todos los aspectos generales y más importantes para la actuación profesional, y define los conceptos más relevantes (patria potestad, guarda y custodia, derechos y obligaciones de los progenitores y de los tutores legales, entre otros), así como el código deontológico de la Psicología, disponible en el Colegio de Psicólogos.

1.1. Código Civil

El Código Civil define algunos de los conceptos que es necesario manejar para comprender el contexto de la intervención infanto-juvenil en la actualidad. La *patria potestad* es el conjunto de obligaciones y facultades que tienen los progenitores sobre los hijos no emancipados. Estas obligaciones son: velar por el interés de los hijos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y prestarles una formación integral. Entre las facultades, se puede recalcar la representación de los hijos y la administración de sus bienes. Cualquier decisión tomada debe tener la premisa de velar por el interés de los menores a cargo. Los progenitores ejercerán la patria potestad conjuntamente, o uno de los dos con el consentimiento expreso del otro. Ante los desacuerdos, será el juez quien decida sobre las cuestiones que genera la discrepancia. En procesos de separación, el juez podrá escuchar la opinión de los hijos que tuvieran suficiente madurez mental, y siempre que sean mayores de 12

años. Las causas de la extinción de la patria potestad pueden ser la emancipación del hijo menor, el fallecimiento o la adopción. También es posible que alguno de los progenitores pierda la patria potestad por una sentencia firme que lo determine así por el interés de los hijos. Incluso en este caso, y salvo que se diga lo contrario, el progenitor puede tener el derecho de relacionarse con sus hijos.

La *guarda y custodia* se define como el conjunto de tareas diarias en relación a los hijos menores de edad, como el vestido y el alimento. Es independiente de la patria potestad, y tras el divorcio se puede atribuir a uno de los progenitores (custodia monoparental) o a ambos (custodia compartida). El progenitor que tiene la guarda y custodia es quien decide sobre las cuestiones diarias para un buen funcionamiento cotidiano, siempre que no produzcan un cambio sustancial en la vida del menor. Por lo general, después de una separación la patria potestad es compartida, aunque no así la guarda y custodia. Esto implica que las decisiones no cotidianas respecto a la salud, educación o cualquier área relevante del hijo deben ser consensuadas. La única excepción son las situaciones de vital importancia, donde bastaría con el consentimiento de uno de los progenitores, asumiendo éste la responsabilidad de informar al otro. En casos especiales, la guarda y custodia puede ejercerla una tercera persona de forma temporal o permanente. En la Comunidad Valenciana está en vigor la Ley de Custodia Compartida, que prevé que los padres sostendrán la guarda y custodia de manera compartida, salvo si hay razones suficientes para pensar que esto podría ser perjudicial para el menor.

¿Cómo afectan los aspectos legales mencionados más arriba a la intervención psicológica infanto-juvenil? Primero, un tratamiento psicológico tiene que ser una decisión conjunta de ambos progenitores (o quienes sostengan la patria potestad del menor). Los dos progenitores deben tener conocimiento de que el/la menor acude a terapia, y tienen derecho de informarse sobre los avances o resultados de la intervención psicológica. Así, el psicólogo tiene la obligación de atender a ambos padres, sea cual sea su estado civil. En el caso de progenitores casados, si el/la menor acude a terapia con uno de los progenitores es de suponer que este progenitor actúa con el consentimiento del otro. Sin embargo, cuando los padres están divorciados o separados, el psicólogo tiene que informar al progenitor que acude con el/la menor sobre su obligación de poner en conocimiento del otro progenitor el comienzo de una terapia, facilitándole sus datos de contacto. Con este fin, el Colegio Oficial de Psicólogos ha preparado un escrito que debe ser firmado por parte del progenitor que pide la intervención psicológica: el documento de *compromiso de información entre progenitores*. Éste debe incluir, como mínimo, los datos del progenitor que acude, los datos del menor, los datos del profesional y la intervención que se va a llevar a cabo. El contenido se puede adaptar a las necesidades de cada caso. En segundo lugar, es necesario que los progenitores firmen el *consentimiento informado* que autoriza al psicólogo para realizar la intervención. Si uno de los progenitores no se opone expresamente para realizar la intervención, se entiende su consentimiento para la misma. Si uno de los progenitores se opone expresamente, el psicólogo tiene que interrumpir la terapia hasta que haya un acuerdo o una orden judicial que permita proseguir.

En los documentos arriba mencionados se enfatiza el aspecto de **confidencialidad,** que siempre hay que tratar en la primera entrevista, tanto con los padres como con el menor. La ley obliga al profesional a informar a los padres sobre los resultados de las evaluaciones, pero esto no se opone a que la intervención con el menor sea confidencial. Hay que explicar a los padres que ellos depositan confianza en el profesional, por lo que el psicólogo no va a ocultar datos relevantes que puedan hacer peligrar la integridad física o psicológica del menor (como pensamientos o conductas autolesivas, o amenazas sufridas por terceros, entre otras). No obstante, cuando haya que revelar este tipo de información, se informará previamente al menor de dicha necesidad, procurando no revelar ninguna información en su ausencia y que sea el propio menor quien lo cuente a sus padres. Es muy importante explicar estos aspectos y asegurarse de que tanto el menor como los progenitores comprenden su significado. Si el menor piensa que puede ser revelada información que oculta ante los padres, será difícil establecer la confianza y el vínculo indispensables para una buena intervención. Esto es especialmente relevante en edades preadolescentes, pero debe procurarse actuar de la misma forma con niños de todas las edades, siempre y cuando el nivel cognitivo del niño permita hacerlo. De este modo, se fomenta la confianza del menor en su terapeuta, en sí mismo y, generalmente, también en su familia, pues dichas pautas posibilitan que la familia vaya responsabilizándose sobre sus emociones, cogniciones y problemas derivados de éstas.

1.2. Código deontológico

El Código deontológico vigente se aprobó el 6 de marzo de 2010 por el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, para adaptarlo a la Ley 25/2009 del 22 de diciembre sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio (conocida como Ley Ómnibus). Todo profesional tiene la obligación de conocer el Código deontológico de forma integral. Para el campo de la intervención infanto-juvenil, los artículos más relevantes recogen la obligación del profesional de informar acerca de violaciones de los derechos humanos, malos tratos o condiciones de reclusión crueles o inhumanas. En cuanto a los escritos o informes psicológicos, recalca la importancia de ser sumamente cauto y prudente frente a nociones que puedan generar estigma o etiquetas discriminatorias. El profesional debe tener siempre claro el objetivo de su actuación y rechazar llevar a cabo intervenciones cuando haya certeza de que puedan ser empleadas en contra de los legítimos intereses de las personas, grupos u organizaciones. El profesional debe informar con exactitud sobre las características esenciales de la relación establecida, los objetivos y el método que empleará en sus actuaciones, no prestándose a situaciones confusas en las que su papel y su función sean equívocos o ambiguos. Durante sus actuaciones mostrará un respeto escrupuloso sobre el derecho de la persona a su propia intimidad, recabando únicamente la información estrictamente necesaria para su correcta actuación, y siempre con autorización de la persona. Cuando la evaluación haya sido solicitada por terceras personas o instituciones, el menor y

sus padres o tutores tendrán derecho a ser informados del hecho de la evaluación o intervención y del destinatario del informe psicológico. El sujeto de un informe psicológico tiene el derecho a conocer el contenido del mismo, siempre que de ello no se derive un grave perjuicio para el sujeto o para el psicólogo, aunque la solicitud de su realización haya sido hecha por otra persona. El profesional se compromete a actuar con la máxima objetividad en todo momento, expresándose en sus informes de manera clara, precisa e inteligible para su destinatario, e incluyendo su alcance y limitaciones profesionales, así como el grado de certidumbre acerca de sus valoraciones.

1.3. Los informes psicológicos

Como se ha visto en los apartados anteriores, hay que ser especialmente cuidadosos en la elaboración de informes psicológicos infanto-juveniles. Cuando al psicólogo llega una petición de elaboración de informe sobre un menor, hay que tener en cuenta que, independientemente de la persona que solicite la evaluación, los progenitores tienen que dar su consentimiento para la intervención, salvo orden judicial contraria. Si los dos progenitores tienen la patria potestad y uno de los padres solicita el informe, hay que informarle sobre la obligación de avisar al otro progenitor (mediante firma del documento de Consentimiento informado y de Compromiso de información entre progenitores).

El profesional debe estar informado del objetivo final del informe, por ejemplo si se va a entregar en alguna institución (juzgados, colegio, solicitud de beca, entre otras), porque su contenido y estilo serán diferentes según el propósito de la evaluación, su contexto y las personas a las que se dirige el informe (Anastasi y Urbina, 1998; Martorell, 1988). En el informe debe constar claramente el motivo de elaboración. Nunca se facilitará informes a terceros y se evitará dar información por teléfono. El profesional debe hacer firmar a todas las personas a las que entrega un informe. Las pruebas originales, como dibujos, cuestionarios y tests deberán ser guardados por el profesional, pudiendo los padres pedir una copia de estas pruebas. Las pruebas originales sólo se entregan si un juez así lo solicita. De esta manera se evitan daños, pérdidas y/o manipulaciones de los tests y sus resultados. Por lo general, en el informe sólo contarán datos concretos para ilustrar o aclarar alguna información; no obstante, pueden anexarse registros más detallados si se considera necesario (Anastasi y Urbina, 1998).

Por último, cuando se trata de juicios diagnósticos sobre menores, es necesario ser cauto a la hora de poner por escrito cualquier diagnóstico, ya que podría etiquetar y/o estigmatizar al niño (del Barrio, 2009; Vives, 2008). Por regla general, no es recomendable establecer ningún diagnóstico antes de los 7 años, en la medida de lo posible y conveniente, sino describir la sintomatología, así como las presentes y futuras líneas de intervención terapéutica recomendadas. Todo informe debe describir o diagnosticar el problema y proporcionar también información sobre los puntos fuertes y las vías de solución, de forma que el informe dé cuenta de las características únicas que distinguen a esa persona (Anastasi y Urbina, 1998;

del Barrio, 2009). Asimismo, debe incluir las limitaciones de su actualidad, fiabilidad y validez. Para un análisis más detallado de la forma, función y contenido de los informes en el psicodiagnóstico infantil pueden consultarse las propuestas de Maganto (1995) y Sattler (1999).

2. REQUISITOS GENERALES PARA UNA BUENA INTERVENCIÓN

Muchos de los problemas psicológicos de los adultos tienen raíz en la infancia, por lo que existe en la actualidad gran preocupación por la detección e intervención temprana. Aunque los problemas infantiles pueden ser serios, su prevención es más fácil y eficaz, y menos costosa, cuanto más temprana (del Barrio, 2009). La experiencia clínica señala que los factores que más influyen en el éxito terapéutico tienen que ver con la naturaleza del problema, las habilidades personales y técnicas del terapeuta, y la motivación, colaboración y apoyo de la familia. Así, los requisitos generales para una buena intervención incluyen tres aspectos: 1) las habilidades del terapeuta, incluyendo sus aptitudes personales y sus conocimientos técnicos en el campo de la intervención psicológica; 2) garantizar una atención integral, incluyendo en el proceso siempre a la familia y a otro tipo de profesionales en caso de ser posible, y 3) el encuadre o *setting* terapéutico, entendido como la construcción de un contexto para la terapia que fomenta el cambio y la alianza (o *rapport*) terapéuticos.

2.1. Habilidades del terapeuta infanto-juvenil

Las **aptitudes personales** del terapeuta son esenciales para una intervención exitosa. El profesional será como un «espejo» para el niño, siendo necesario construir un vínculo afectivo seguro con él (Cochran, Nordling y Cochran, 2010). Este es el principal objetivo de la intervención y, en muchas ocasiones, el más dificultoso, pues generalmente los niños acuden a terapia con experiencias previas que condicionan este vínculo. Si atendemos a este objetivo general de toda terapia con niños y adolescentes, las habilidades y aptitudes del terapeuta infanto-juvenil pueden equipararse a las de cualquier otro cuidador, pues deben garantizar la capacidad humana y la madurez cognitivo-emocional suficientes para establecer este tipo de vínculo. Así, pensamos que estas aptitudes básicas pueden encontrarse resumidas en el Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores (CUIDA, Bermejo, Estévez, García, García-Rubio, Lapastora et al., 2008) (tabla 3.1.), que también puede orientar al profesional para valorar las competencias parentales de los progenitores o tutores del menor. Según Barudy y Dantagnan (2005), las competencias parentales pueden resumirse en: capacidad de establecer un vínculo de apego seguro con el niño, la empatía, un estilo de crianza democrático y la capacidad de participar en redes sociales y de utilizar los recursos comunitarios. Las dos primeras son las aptitudes personales primordiales que debe tener un terapeuta infanto-juvenil.

TABLA 3.1

Aptitudes personales necesarias en la intervención infanto-juvenil (Adaptadas del TEST CUIDA, de Bermejo et al., 2008)

Aptitud	Descripción	Importancia durante la intervención
Altruismo	Mide la disposición de la persona a actuar en favor de sus semejantes de forma desinteresada.	Se considera que las personas altruistas son también tolerantes y empáticas, lo que facilitará comprender al menor en vez de juzgarle.
Apertura	Refiere el gusto por la variedad y la curiosidad intelectual, el interés por el mundo exterior e interior y la tolerancia a la diversidad.	El terapeuta tiene que ser abierto, libre de prejuicios por cultura, religión, estatus social u otros.
Asertividad	Capacidad de expresar emociones positivas y negativas de forma adecuada.	El terapeuta va a tener distintas emociones a lo largo del proceso terapéutico y necesitará transmitirlas de manera constructiva, actuando de modelo para el menor.
Autoestima	Es la suma de cogniciones y afectos favorables y desfavorables de una persona sobre sí misma.	Una persona con una autoestima óptima sabrá valorarse a sí misma y a los demás, aceptando la crítica y el rechazo eventual del menor.
Capacidad de resolver problemas	Habilidad para identificar un problema, generar alternativas y elegir la mejor forma de solucionarlo.	Muchas veces los padres vienen con una demanda explícita y otra oculta. El terapeuta tiene que reconocer la verdadera problemática para hacer conscientes a los miembros de la familia.
Empatía	Capacidad de reconocer y comprender los sentimientos y actitudes de los otros.	Esta habilidad es primordial en la personalidad de un terapeuta. No se debe confundir con la simpatía, de la que es independiente.
Equilibrio emocional	Capacidad de controlar los estados de tensión y mantener el control sobre el comportamiento.	Un terapeuta ve muchas historias personales que le pueden afectar a nivel emocional. En caso de niños es posible que nos afecte incluso más.
Independencia	Capacidad de prescindir de la ayuda o protección de otras personas para las actividades cotidianas.	Las correlaciones realizadas para este test demostraban que las personas más independientes suelen ser también equilibradas y con un buen autoconcepto. Es primordial que a lo largo del proceso terapéutico tanto el cliente como el terapeuta mantengan su independencia. Muchas veces el problema viene dado por la falta de autonomía y/o dependencia extrema de las figuras de apego.
Flexibilidad	Capacidad de percibir y aceptar los distintos matices que puede presentar cada situación.	La flexibilidad en la terapia con niños cobra gran importancia, debido a que exige gran creatividad adaptarse a cada niño, improvisando muchas veces junto a ellos durante la terapia. No hay que confundir con ser influenciable.
Reflexividad	Tendencia a hablar y actuar de forma meditada.	La reflexión se opone a la impulsividad, característica de muchos niños y adolescentes. Es importante pensar antes de precipitarse con cualquier decisión terapéutica incorrecta.

Sociabilidad	Interés y facilidad en establecer relaciones con las personas.	Los niños necesitan aprender a expresarse, lo que será más fácil con un terapeuta que disfrute realmente de su compañía.
Tolerancia ante la frustración	Capacidad de aceptar y asimilar situaciones que no cumplen las expectativas de uno.	Es normal que durante la terapia el niño o adolescente ponga a prueba al terapeuta, siendo crucial la reacción del psicólogo ante estas situaciones, ya que pueden marcar la diferencia entre el éxito y el fracaso de la terapia. Nunca debemos retar a un niño con amenazas o castigos.
Capacidad de establecer vínculos afectivos	Capacidad humana universal para amar y cuidar a otra persona, respetando su libertad y autonomía.	Es primordial para un desarrollo sano. La psicoterapia con el niño se basa principalmente en la relación y alianza terapéutica. Dependiendo de la naturaleza de este vínculo, la terapia va a ser percibida por el niño como algo útil en su vida.
Capacidad de resolución de duelo	La capacidad de sobreponerse a situaciones dolorosas que implican la pérdida en cualquiera de sus formas. Es la capacidad de resiliencia de la persona.	La pérdida y el duelo son cuestiones centrales en cualquier terapia. Conforme vamos creciendo dejamos atrás etapas, amigos, experiencias, amores… El terapeuta con pocas habilidades de resolución de duelo puede fomentar las relaciones dependientes, aunque de manera inconsciente. Asimismo, debe saber finalizar la terapia y gestionar las emociones relacionadas.

El psicólogo infanto-juvenil debe tener unos **conocimientos técnicos** sobre aspectos clínicos, evolutivos y educativos. Los aspectos clínicos se refieren a conocimientos sólidos en psicopatología, clasificación de los trastornos clínicos de la infancia y posibles vías de tratamiento. Se incluye aquí el dominio de las diferentes pruebas y cuestionarios de evaluación, tanto psicométricas como proyectivas, y las técnicas específicas de intervención según la orientación terapéutica o modelo teórico subyacente. Los aspectos evolutivos incluyen el conocimiento sobre las diferentes etapas de desarrollo y sus características, así como sobre el sistema de apego, su desarrollo y su impacto en la adaptación, socialización y madurez del niño. Los aspectos educativos incluyen el conocimiento sobre las variaciones y tipos de inteligencia y su relación con el rendimiento académico, así como sobre los diferentes estilos educativos parentales y sus consecuencias en el desarrollo del niño.

Por último, cabe señalar la importancia de estar al tanto de la cultura infantil o adolescente, que tiene sus propios modelos de referencia y modas, porque influyen en el problema, aunque sea de forma indirecta, y serán de ayuda para establecer una buena relación con el menor.

2.2. Atención integral

Como es bien conocido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición nos acerca al concepto de atención integral, que se refiere al enfoque bio-psico-social que se brinda a los pacientes, su familia y la comunidad, mediante acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Para ello se requiere de un proceso continuo de atención a toda la familia y, valorando su necesidad

y posibilidad, de acciones interdisciplinarias. Este último aspecto cobrará menor o mayor relevancia dependiendo de la naturaleza del problema, mientras que la familia siempre va a ser un punto crucial en la intervención psicológica. Cuando un menor acude a consulta, generalmente es por voluntad de su familia, siendo posible que el niño no vea los problemas que detectan los adultos, sino otros o ninguno. Puede existir una discrepancia importante entre la demanda del niño y la demanda de la familia (Vives, 2008; del Barrio, 2009). A pesar de los importantes cambios habidos en la sociedad actual en cuanto a las nuevas formas de constitución y concepción familiar, la investigación señala que dichos cambios no afectan a las funciones familiares en sí mismas, aunque sí en las formas o roles que desempeñan dichas funciones (Maganto, 2004). Por todo ello, es importante mantener en todo momento un punto de vista sistémico, aunque la terapia transcurra en sesiones individuales.

En la vida de los niños pueden surgir situaciones vitales que desafían la capacidad de resiliencia natural, entendida como la capacidad de superar situaciones que requieran gran habilidad de adaptación o incluso traumáticas (Morelato, 2005). Trabajar en esta capacidad es un factor primordial en la terapia, considerando que no sólo tiene que ver con factores internos de la persona (apego, competencias sociales y autoconcepto principalmente), sino también con factores externos que se pueden entender mejor a través del Modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979). Como puede verse en la figura 3.1, la *persona* es afectada por diferentes *microsistemas* inmediatos, que pueden ser roles, relaciones o diferentes comportamientos. Al mismo tiempo, estos microsistemas interactúan entre sí. Más allá, el ambiente social y las organizaciones interactúan con los microsistemas y las personas, formando el *exosistema.* Finalmente, se entiende por *macrosistema* el conjunto amplio de leyes y cultura donde se desarrolla la persona. Posteriormente, este modelo añadió un sistema adicional: el *cronosistema,* que hace referencia al desarrollo cronológico de la persona, esto es, su biografía (Berger, 2004).

En todos estos niveles sistémicos hay profesionales que interactúan con la persona (por ejemplo, en el hospital, la escuela o el punto de encuentro familiar). Cualquier interacción causa un impacto en la vida del niño que debe ser valorado por el psicólogo, con el fin de detectar en cada nivel sistémico los factores protectores y de riesgo que le afectan. En la intervención infanto-juvenil es especialmente importante recordar que probablemente no somos los únicos que quieren y pueden brindar ayuda al menor, por lo que la interacción con todas estas personas y sistemas va a ser beneficiosa y necesaria. Así, la atención multidisciplinar es un concepto muy relevante en la actualidad, e implica compartir información y colaborar de forma activa desde los diferentes contextos en que se mueve la persona y en que recibe algún tipo de atención por parte de un profesional especializado. En la intervención infanto-juvenil este aspecto es muy importante, ya que el relato por parte de los padres puede estar sesgado.

Muchas veces el tratamiento se extiende a diferentes disciplinas, como la medicina, la atención psicopedagógica o el trabajo social, por lo que generalmente será de utilidad entablar comunicación con estos profesionales.

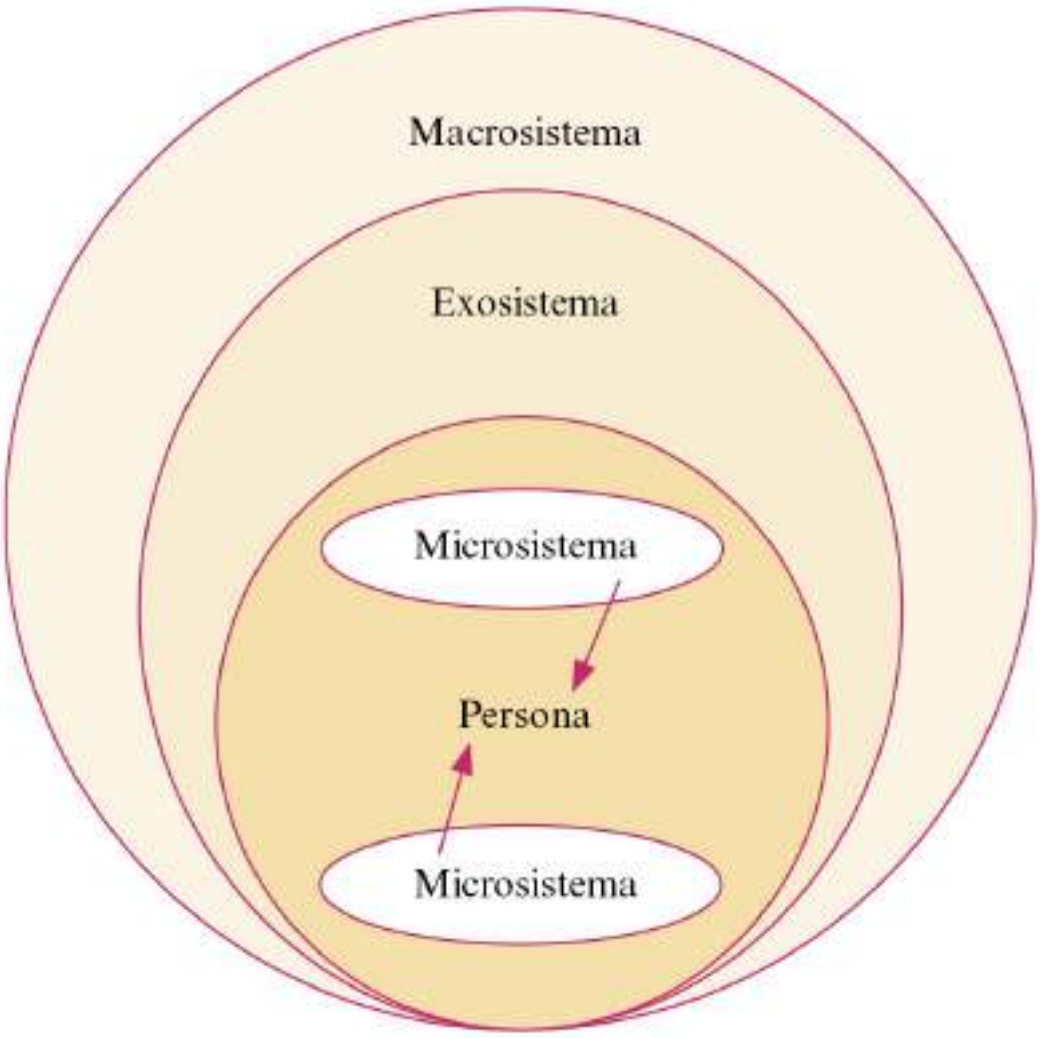


Figura 3.1.—Teoría general de sistemas (Bronfenbrenner, 1979).

2.3. Encuadre terapéutico

El encuadre o *setting* terapéutico tiene dos aspectos: el encuadre interno, que se refiere a los límites y metas de la terapia, y el encuadre externo, que se refiere al lugar y al ambiente en que se desarrolla la intervención, así como a la organización del mismo (Vives, 2008). Del primero se hablará en los siguientes apartados, por lo que aquí se desarrollan brevemente algunas nociones en cuanto a las características físicas o externas del encuadre. Este es un tema relativamente descuidado en la literatura, pero con implicaciones prácticas importantes.

En primer lugar cabe señalar la luz natural y abundante, así como un tamaño mínimo aproximado de unos 20 m^2. Para trabajar con niños y adolescentes es útil tener colores alegres y brillantes en la decoración, pero evitando la sobrecarga de estímulos visuales a su alrededor, con un suelo cálido y muy resistente, y con adornos de materiales poco delicados que no se puedan romper fácilmente (Cochran et al., 2010; Vives, 2008). Se recomienda estructurar el ambiente de manera que el niño se sienta cómodo, acogido, con una temperatura

que permita estar jugando en el suelo, para que el niño pueda percibirlo como agradable y protector. El niño tiene que tener todo el material terapéutico a su alcance. Si es necesario fijar normas para usar ciertas cosas, es conveniente explicárselo al niño antes de la sesión, o incluso ponerlo por escrito y decorado en la pared. Esto ayuda a establecer reglas y límites del espacio terapéutico, no sólo físico, sino también simbólico y relacional. Lo mismo cabe decir de pactar y acatar un espacio temporal para las sesiones, siendo recomendable no exceder la hora de duración.

En cuanto a la organización del lugar de trabajo terapéutico, hay que diferenciar claramente el espacio donde el niño puede moverse con libertad y coger los objetos y juguetes, de otro que puede ser de acceso exclusivo para el terapeuta, como el estante donde guarda los tests, evaluaciones, informes o cualquier material confidencial o peligroso (Cochran et al., 2010). Es conveniente tener un espejo en algún sitio de la consulta que sea lo suficientemente grande como para que el niño pueda verse de cuerpo entero, pues puede servir como herramienta para múltiples juegos terapéuticos. Es conveniente también tener caramelos sin azúcar o galletas (sin gluten), para ofrecérselos al niño. Según Cornejo (1996), es importante fijar un límite máximo de dos caramelos por sesión, porque *«un caramelo despierta la voracidad del niño: quiero más; y tres despierta la no contención de los límites, el empacho y las caries. Dos permite elegir, pensar, reflexionar sobre cuál escoger…».* En la intervención infanto-juvenil el terapeuta debe ser consciente del objetivo de todo lo que hace; en este caso, el niño aprende a autorregularse en un contexto tan sencillo como elegir una chuchería.

Los materiales para la consulta infanto-juvenil tienen que permitir un trabajo variado. Cornejo (1996) sugiere tener témperas, rotuladores, ceras, folios de colores y blancos, pinceles, cartulinas, lápices y gomas, arcilla, plastilina, pegamento, tijeras infantiles, cintas decorativas, juegos de construcción, títeres, coches, muñecas, juegos de tazas y comida, disfraces, juegos de mesa y diferentes juegos para la atención, como rompecabezas, laberintos o cartas de memoria. No es necesario tener todos estos materiales, pero sí poder ofrecer diferentes formas de expresión al niño (Cochran et al., 2010). Asimismo, puede ser muy útil tener un peluche grande en la consulta, una casita hinchable o un asiento especial en el que puedan «refugiarse». Aunque no son necesarios, también existen juegos terapéuticos que se pueden comprar en tiendas especializadas de material psicoeducativo y que pueden ser muy útiles para un terapeuta que empieza, ya que están muy bien estructurados.

3. PROCESO TERAPÉUTICO

3.1. Fase de evaluación

La evaluación, tal como se describe más arriba, debe incluir todos los sistemas de los que el niño forma parte. Se atienden aspectos individuales, familiares, sociales y educativos, con el objeto de conocer por qué ahora esta persona o personas buscan ayuda (Vives, 2008). La

información será recogida mediante entrevista con los padres y/o los diferentes profesionales, o bien solicitando y revisando informes previos (por ejemplo, médicos y psicopedagógicos). Se recomienda siempre el uso de varias fuentes simultáneas a la hora de realizar la evaluación infanto-juvenil, lo cual puede ser problemático por las dificultades de acceso a dichas fuentes y por las contradicciones que suelen existir entre ellas. Según del Barrio (2009), es necesario ponderar adecuadamente los datos de distintas fuentes, para lo cual hay que considerar varios puntos: *a*) los niños informan mejor sobre datos interiorizados, mientras que los padres son mejores informantes de la temporalidad de los acontecimientos; *b*) los niños están menos influidos por la deseabilidad social que sus padres en todo lo que informan; *c*) el grado de acuerdo entre adultos y niños suele ser muy bajo; *d*) los padres con problemas son más proclives a encontrar problemas en sus hijos, y *e*) la información de los maestros es directamente proporcional a su nivel de información y al tiempo que pasan con el niño. Por todo ello, la autora concluye que la información que nos da el propio niño debe ser especialmente relevante, ya que informa mejor sobre la interiorización de los problemas y puede informar igual que los adultos sobre los aspectos externos.

Por otro lado, es siempre recomendable una evaluación multimétodo, pero sin abusar en la cantidad de las pruebas de evaluación (Valdés y Rodríguez, 1999). Es importante dejar claro a los menores que los cuestionarios y test psicométricos no son «exámenes» y que, por tanto, no están arriesgando nada. Por los posibles sesgos de las pruebas psicométricas, siempre es conveniente complementar la evaluación, cuya herramienta principal es la entrevista, con pruebas proyectivas adecuadas a la edad del niño (Maganto, 1995). Además, en la aplicación de cualquier tipo de instrumento de evaluación hay que considerar no sólo los resultados de la prueba, sino también otros aspectos: la espontaneidad, el estado de ánimo, la respuesta ante el éxito y el fracaso (que da indicios de la tolerancia a la frustración), el nivel de ansiedad y atención, la colaboración y la actitud general ante la evaluación (Maestro, 2010). Asimismo, es recomendable combinar sesiones separadas con los padres y con el niño, así como sesiones familiares, siempre que sea posible. La familia debe valorarse como un sistema, atendiendo a las propiedades del sistema familiar (tabla 3.2) (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1985). En las sesiones conjuntas se pueden valorar muchos aspectos de la interacción entre padres e hijos, tanto durante la conversación informal como en las entrevistas o poniéndolos a colaborar en una prueba sencilla y adaptada a la edad del niño (p.e., la resolución de un puzzle).

La fase de evaluación no debe perseguir obligatoriamente establecer un diagnóstico clínico, ya que muchas veces ni siquiera será posible, pues los problemas no conforman un trastorno clínico. La evaluación debe ir de lo general a lo específico, empezando siempre por descartar un posible origen biológico del problema (del Barrio, 2009). Lo más importante en la evaluación clínica es analizar la situación problemática, entender cómo y para qué se mantiene, las motivaciones para solucionar el problema, el desarrollo del niño, sus habilidades de autorregulación y para las relaciones sociales, así como las soluciones intentadas por la familia, porque nos va a dar mucha información sobre el estilo familiar de afrontamiento (Kanfer y Saslow, 1969). Esto implica identificar factores disposicionales

(como la edad, género, cultura, temperamento), factores sensibilizantes (que pueden consistir en cualquier estresor o experiencia vital relevante), y factores desencadenantes (que son, generalmente, los sucesos que aparecen justo antes de sufrir un trastorno o que impulsan a la familia a consultar con un psicólogo), así como las aptitudes que facilitan el cambio y las que lo dificultan, generando resistencia (que pueden ser habilidades, personalidad, creencias o valores, entre otras).

Por otro lado, las sesiones de evaluación (especialmente la primera sesión) van a servir de habituación para el niño o adolescente, que probablemente es la primera vez que acude a este tipo de consulta (del Barrio, 2009). Así, la primera sesión suele dedicarse al juego y/o a la conversación informal, aclarando posibles dudas, disipando temores y explicando todo de forma que padres y niño entiendan la naturaleza confidencial del proceso (tal como se explica en el apartado dedicado a la deontología profesional).

Al recoger información de los padres es conveniente hacer entrevistas separadas y conjuntas, siempre que sea posible. Especialmente en el caso de padres divorciados es necesario entrevistar a ambos, valorándose la posibilidad de poder entrevistarles conjuntamente o no, ya que hay situaciones que hacen imposible realizarlo, por ejemplo si existe orden de alejamiento. De todos modos, es necesario tener datos y comunicar los resultados a ambos (del Barrio, 2009).

En la evaluación con los padres hay que recoger información acerca de la historia familiar de cada uno, el ámbito laboral, social y de ocio, así como sobre aspectos de la pareja, del funcionamiento familiar y los estilos educativos que puedan estar relacionados con el motivo de consulta. En referencia directa al menor, se pregunta por el historial de embarazo, el desarrollo temprano, salud física, adaptación escolar y rendimiento académico, las relaciones paterno-filiales y con otros miembros de la familia, o los hábitos de alimentación, de sueño y de ocio (Sattler, 1999; Vives, 2008). En líneas generales, es conveniente hacer tantas preguntas abiertas como sea posible para que describan a sus hijos dentro de la relación familiar, pues esto permite evaluar las creencias y valores relacionados.

En la entrevista con el niño se exploran los mismos ámbitos que con los padres, pero desde su punto de vista. Estas entrevistas tendrán una doble función: valorar la discrepancia entre lo que los padres detectan como un problema y lo que el niño identifica como tal, y establecer un *rapport* adecuado con el menor (Valdés y Rodríguez, 1999). Por todo ello, es muy importante hacer de esta entrevista algo agradable. En general, a los niños no les gusta hablar de sus problemas. Muchas veces se sienten culpables al identificar algo como un problema, ya que entra en conflicto con las normas sociales o educativas, como por ejemplo en el caso de niños de padres separados, donde el conflicto de lealtad aparece de forma frecuente. A los niños tampoco les gusta recibir demasiadas preguntas, sobre todo si éstas son difíciles de responder. Para no convertir la entrevista en un interrogatorio es necesario tomarse todo el tiempo que sea necesario para que el menor se sienta cómodo, hablar «a su altura», de forma física, manteniendo el contacto ocular, y de forma cognitiva, adaptando las preguntas a la edad del menor. Asimismo es recomendable parafrasear abundantemente y/o hacer preguntas abiertas,

evitando las preguntas repetitivas, las sesiones demasiado largas o que el menor se sienta presionado.

TABLA 3.2
Propiedades sistémicas de la familia (Adaptado de Watzlawick, Beavin y Jackson, 1985)

Propiedad	Definición
Familia como sistema abierto	Conjunto de individuos dinámicamente estructurados cuya totalidad genera normas de funcionamiento e intercambia información con el medio.
Totalidad	El cambio en un miembro afecta a otros.
Límite	El sistema se compone de varios subsistemas, entre los que existen límites con una permeabilidad de grado variable.
Jerarquía	La familia está estructurada jerárquicamente de acuerdo con varias formas de organización.
Retroalimentación	La conducta de cada miembro influye en la de los demás en forma de feedback positivo o negativo.
Causalidad circular	Describe las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas, lo cual conduce a la noción de secuencias de conductas. La secuencia sintomática es el encadenamiento de conductas que se articula en torno al síntoma y se regula por una casualidad circular.
Equicausalidad	La misma condición puede dar lugar a estados finales diversos.
Equifinalidad	Se puede llegar a una misma pauta de interacción a partir de orígenes y caminos muy diversos.
Regla de relación	En todo sistema existe la necesidad de definir cuál es la relación entre sus componentes.
Tendencia a estados constantes	La necesidad de economizar favorece la aparición de redundancias comunicacionales, que con el tiempo dan lugar a reglas interaccionales que pueden llegar a convertirse en parámetros del sistema.
Teleología	El sistema familiar se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa. — Homeostasis o morfostasis: tendencia del sistema a mantener su unidad, identidad y equilibrio ante el medio. — Morfogénesis: tendencia del sistema a cambiar y a crecer. Comprende la percepción del cambio y el desarrollo de nuevas habilidades y/o funciones.

3.2. Modelos de intervención

Las técnicas de intervención que deben emplearse dependen del motivo de consulta, de la orientación psicológica desde la que se interviene y de la edad del niño. Es frecuente que un psicólogo emplee técnicas provenientes de diferentes orientaciones. Este eclecticismo técnico debe estar, no obstante, bien fundamentado en una teoría e investigaciones empíricas coherentes con el empleo de dichas técnicas. En este sentido, se recomienda la lectura de las revisiones realizadas sobre los factores que contribuyen al cambio terapéutico —que cifran la

contribución de las técnicas terapéuticas específicas en sólo un 15 por 100—, el eclecticismo y la integración en la psicoterapia y la evidencia empírica favorable de algunos tratamientos específicos (Corbella y Botella, 2004; Fernández y Opazo, 2004; Lambert, 1986; Norcross, 1986; Pérez y Fernández, 2003).

A continuación se describen las principales orientaciones terapéuticas que pueden emplearse en la intervención infanto-juvenil.

3.2.1. Modelo psicoanalítico

El modelo psicoanalítico tradicional examina principalmente dos focos de intervención: la alianza terapéutica y los mecanismos de defensa (Parres, 2001).

La **alianza terapéutica** refiere la relación no neurótica entre paciente y terapeuta (Greenson, 1967). En esta relación surge la transferencia, que se refiere a las proyecciones o desplazamientos sobre la figura del terapeuta de aspectos cruciales de la experiencia del niño, generalmente relacionados con figuras de apego. El análisis de la transferencia y su resolución es la vía y técnica principal para el desarrollo del *insight*, momento en que los contenidos inconscientes se vuelven inteligibles para la persona. Si bien por regla general es raro que los niños lleguen a tener algo de *insight*, el análisis de la transferencia va a ser algo fundamental (Salles, 2001). Se puede distinguir entre: *a*) transferencia positiva, que serían las reacciones de amor en cualquiera de sus formas; *b*) transferencia negativa, que es la reacción de odio y sus derivados, y *c*) transferencia ambivalente. La contratransferencia es el conjunto de reacciones inconscientes del terapeuta hacia su paciente y también es fuente de análisis y vía de curación. En este sentido, el terapeuta ha de hacer conscientes las proyecciones que él mismo hace sobre la relación con el niño y/o la familia.

Los diferentes **mecanismos de defensa** empleados por el niño son foco de la intervención, porque el modelo supone que los síntomas aparecen por la fijación de dichos mecanismos en contra de una particular exigencia instintiva (Freud, 1961). El modelo tradicional pone especial énfasis en que el sujeto descargue los afectos y emociones inconscientes ligados a experiencias tempranas (abreacción) para corregir dichas fijaciones. Si el problema se ha externalizado, el modelo busca la catarsis, que es el alivio producido tras una descarga afectiva consciente. Para lograr esta descarga, el psicoanálisis emplea métodos de asociación libre. Según Salles (2001), la terapia psicoanalítica en niños y adolescentes puede ser de apoyo, en la que no se interpretan las defensas ni la transferencia, o expresiva, en la que sí son interpretadas. Así, en la terapia expresiva se sitúa el trabajo con las resistencias del niño, entendidas como las defensas psíquicas que emplea para protegerse de la ansiedad y el conflicto, ya sea mediante maniobras directas o indirectas. Estas resistencias son sumamente importantes a lo largo de la terapia y pueden clasificarse en cinco grupos: 1) conectadas con el yo, como la represión; 2) conectadas al ello, como la compulsión a la repetición de experiencias dolorosas; 3) las conectadas al superyó, como la culpabilidad inconsciente; 4)

transferencia como mecanismo de defensa, y 5) la defensa representada por la ganancia secundaria en la enfermedad (Freud, 1938). Las resistencias se expresan a través de emociones, actitudes, ideas, pensamientos, fantasías y acciones.

Según el modelo, la dinámica mental inconsciente se describe en términos de conflictos, que surgen de la necesidad de reducir la tensión entre satisfacer o inhibir los impulsos instintivos básicos. El síntoma es el resultado que la psique ha encontrado para resolver los conflictos entre los impulsos y las defensas, considerándose como una formación de compromiso. El síntoma aparece porque los mecanismos de defensa han dejado de ser funcionales y efectivos para reducir la tensión (Freud, 1961). Los principales mecanismos de defensa se recogen en la tabla 3.3.

Según Greenson (1967), los recursos técnicos del modelo psicoanalítico se pueden clasificar de la siguiente manera: 1. Para la producción del material se utiliza la asociación libre, las reacciones transferenciales y las resistencias anteriormente explicadas. 2. Para el análisis del material se utilizan técnicas verbales.

Algunas técnicas verbales son: *a*) el señalamiento, en que se llama la atención sobre un contenido o proceso, como por ejemplo: *«Me llama la atención que en las últimas tres sesiones has querido jugar con el mismo juguete»; b*) la recapitulación, que es la síntesis de algo anteriormente explicado por el menor: *«Si lo entiendo bien, estás muy triste porque piensas que tus padres favorecen más a tu hermano y esto te hace querer llamar su atención»*; *c*) la clarificación, que es la reformulación de un episodio narrado anteriormente pero desde otro punto de vista: *«Entonces me dices que eres malo, pero..., ¿qué quieres decir con que eres un niño malo?»; d*) el esclarecimiento, donde se revelan las resistencias conscientes o preconscientes: *«Parece que tomar biberón con 10 años te hace sentir más protegido, como cuando eras bebé»; e*) la confrontación, que es la expresión de dos fenómenos psíquicos opuestos: *«Me dices que no te importa que tus padres nunca estén en casa; sin embargo, parece que te enfade y entristezca este hecho, ya que estás a punto de llorar»; f*) la interpretación, que consiste en hacer consciente el significado y causa de un fenómeno inconsciente: *«Es como si de alguna manera pensaras que tus padres sólo te pueden querer si te portas siempre bien y haces todo lo que te dicen, aunque no quieras hacerlo en ese momento»; g*) la construcción, donde se elabora el material de forma más extensa y distante en una interpretación enfocada a la biografía del niño; *h*) el apoyo, que consiste en brindar seguridad y expresar la empatía hacia el niño: *«Entiendo que el divorcio de tus padres te haga sentir muy triste»; i*) la persuasión, que consiste en intercambiar ideas hasta polemizar con el niño, atendiendo a su nivel cognitivo, y *j*) la elaboración, donde se resuelve el conflicto colocando la experiencia en la historia personal del niño, mediante la comprensión y aceptación de la misma.

TABLA 3.3
Principales mecanismos de defensa psíquicos

Represión	El yo impide que los pensamientos ansiógenos entren en la consciencia. Es el mecanismo de defensa más básico.
Formación reactiva	Los pensamientos o impulsos se reprimen y se expresan a través de los opuestos. Es el mecanismo de defensa que explica los episodios maníacos.
Formación sustitutiva	Represión de un pensamiento en lo inconsciente y generación de otro sustitutorio en el consciente, el cual permite satisfacer el placer prohibido. Explica muchos dolores somáticos.
Formación de compromiso	Deformación de lo reprimido que puede manifestarse en los sueños, en los síntomas o en producciones artísticas. La diferencia entre este mecanismo de defensa y la sublimación es que aquí existe cierto grado de malestar.
Sublimación	Es el mecanismo de defensa más exitoso, ya que no genera malestar. No es accesible para todos, ya que no sublima quien quiere sino quien puede. La sublimación consiste en encauzar el motivo pulsional hacia otro no sexual y socialmente valorado.
Identificación proyectiva	Es una modalidad de la proyección que permite identificarse con aspectos apreciados del objeto temido. Un ejemplo es la madre que ha sufrido deprivación emocional en su infancia y actualmente cuida de su bebé como si estuviera cuidando de esa parte suya. Aparece típicamente en el trastorno límite de la personalidad.
Proyección	El sujeto expulsa al exterior lo que no acepta de sí mismo, situando en otro sujeto u objeto deseos que provienen de él y cuyo origen no reconoce como propio.
Introyección	El sujeto se atribuye a sí mismo características de los otros, que no se ajustan a su *self* ni al contexto donde ejerce esos atributos.
Identificación con el agresor	El sujeto ha vivido alguna situación violenta que le causó angustia, y cuando se encuentra de nuevo angustiado se comporta de manera violenta.
Anulación	El individuo intenta borrar las consecuencias de un acto o pensamiento como si no hubiese ocurrido, permitiendo de esa manera que el deseo pueda mantenerse y satisfacerse. Es un mecanismo de defensa típico en la neurosis obsesiva.
Transformación	El motivo de la pulsión se transforma en su contrario. Por ejemplo: la persona amada deja la relación, y la otra persona, en vez de amor, siente odio intenso.
Aislamiento	Separar la representación molesta de su afecto. El sujeto no asocia su sintomatología a ningún acontecimiento; sin embargo, cuando es preguntado, enumera varios hechos sensibles de su vida.
Intelectualización	El sujeto intenta dar una formulación discursiva a sus conflictos emocionales, con el fin de controlarlos y mantener la distancia emocional, neutralizando los afectos. Suele ir acompañado del anterior.
Racionalización	El sujeto tiende a dar una explicación lógica a los sentimientos, pero sin implicar la evitación sistemática de los afectos.
Desplazamiento	Cuando resulta intolerable para el sujeto expresar el afecto hacia una persona y lo desvía hacia otro blanco.
Condensación	Varios elementos de un sueño latente se conjugan y se presentan en un mismo elemento.
Regresión	Retroceso psíquico a una etapa de desarrollo anterior.
Negación	El sujeto expresa de manera negativa un deseo. Muy típico en las adicciones.

Renegación	Mecanismo de defensa propiamente psicótico. Cuando no sólo se niega el pensamiento, sino la realidad del mismo para reconstruir una realidad alucinada.
Desdoblamiento	Una parte del yo se queda en contacto con la realidad no perturbadora, mientras otra parte del yo pierde el contacto total con la realidad que causa angustia. Típico en la psicosis.

Del modelo tradicional psicoanalítico han surgido diversos enfoques psicodinámicos que se han agrupado en tres corrientes (Linn y Garske, 1998), como puede verse en la tabla 3.4. Dentro de la tradición psicoanalítica del yo, hay que destacar el trabajo de Donald W. Winnicott y Melanie Klein, por sus aportaciones a las teorías del desarrollo infantil y adolescente. Winnicott (1971) destaca la influencia del ambiente y los factores emocionales en el desarrollo temprano. Establece una relación entre las características del ambiente y el desarrollo del yo auténtico (*true self*), que es el requisito de un desarrollo sano. Así, uno de sus principales conceptos es el de *preocupación maternal primaria*, que es el estado psicológico de la madre que le proporciona una sensibilidad especial para identificar las necesidades del bebé y que debe ir disminuyendo con el crecimiento del hijo (Phillips, 2007). De esta idea surge el concepto de *madre suficientemente buena*, que describe a la madre como un yo auxiliar para el niño hasta que éste logra una mayor independencia. La madre que no funciona como un yo auxiliar no puede responder a las necesidades del niño, y tiende a atender sus propias necesidades en primer lugar; como consecuencia aparece un *self* falso, origen de la psicopatología e inadaptación del joven.

TABLA 3.4
Enfoques psicodinámicos actuales (Adaptado de Linn y Garske, 1998)

Enfoque	Neofreudiana	Análisis del Yo	Psicoterapia psicoanalítica
Características	Crítica a la teoría de la libido y sexualidad infantil. Cuestionan la validez y generalización del complejo de Edipo. Ponen énfasis en determinantes socioculturales de la conducta y en la estructura del carácter. Influencia de las fuentes externas del conflicto.	Énfasis en funciones del yo y la capacidad de hacer elecciones conscientes. El yo como estructura psíquica separada, autónoma y distinta. Énfasis en la función de adaptación del sujeto. Interacción entre experiencia interna y externa. Foco en las experiencias interpersonales.	Destaca como técnica con elementos teóricos centrales similares a las otras tradiciones. Tratamiento más breve, menos regresivo y menos intenso. Indicado para los pacientes que no requieren una reconstrucción psicológica profunda.
Estilo del terapeuta	Mayor interés en la experiencia consciente y los aspectos cognitivos.	Terapeuta más directivo y activo, enfocando más a aspectos reales que transferenciales.	Técnicas más directivas y auxiliares.
Autores de referencia	Adler, Jung, Fenichel, Frenczi, Reich, Rank, Sullivan y Fromm.	Klein, Winnicott, Freud, Erikson, Hartmann, Rappaport y Guntrip.	

Otro concepto importante es el de *objeto transicional*, definido como la zona de experiencia situada entre la realidad exterior y la realidad interna, entre lo objetivo y lo subjetivo (Phillips, 2007). Existen tres fases en la transición de la zona de experiencia interna a la experiencia social. La primera es la posesión no-yo, que se caracteriza por encontrar sosiego en los objetos (como un peluche), por lo que el niño se angustia cuando se separa de estos objetos. En la segunda fase se inicia la separación del yo/no-yo y se establecen los límites corporales. En la última fase el niño empieza a tolerar la separación de la madre.

Winnicott (1971) explica el concepto de la dependencia como algo necesario para el crecimiento y que se desarrolla desde la dependencia absoluta (hasta los 6 meses de edad), en la que el bebé está continuamente al borde de una angustia incontenible, a la dependencia relativa (hasta los 2 años), cuando el bebé ya sabe que necesita los cuidados y es capaz de expresar esta necesidad. La madre tiene que ir frustrando progresivamente al bebé para que logre la independencia. El objetivo de la terapia es entrar en contacto con el verdadero *self*, facilitando así su desarrollo y expresión. Winnicott ejerció una gran influencia en el trabajo de Bowlby (1999), que desarrollaría su teoría del apego y que es de gran importancia en la intervención clínica infanto-juvenil.

Por su parte, Melanie Klein marca una clara diferenciación en la dirección del psicoanálisis cuando describe la Teoría de las relaciones objetales, destacando conceptos como las posiciones del desarrollo y la revisión de la teoría del conflicto edípico (Klein, 1987). Por otro lado, introduce la técnica de juego en la terapia infanto-juvenil, sirviendo de base para la fantasía inconsciente del niño y como expresión de los instintos. La técnica de juego consiste en invitar al niño a jugar libremente para hacer una interpretación posterior sobre el juego, funcionando como la asociación libre de los adultos. Dada la dificultad de usar técnicas verbales, el psicoanálisis de niños depende en gran medida de la terapia de juego, pero también de la interpretación de sueños, ensoñaciones y fantasías, cuentos e historias, y la realización de dibujos o representaciones con títeres, buscando siempre el contenido latente que se oculta en el contenido manifiesto (Vives y Lartigue, 2001).

3.2.2. Modelo conductual-cognitivo

Este modelo deriva del modelo conductual, que tiene por objetivo la modificación de la conducta, promoviendo el cambio mediante técnicas de intervención que optimizan el ambiente y los estímulos que mantienen dicha conducta. En su desarrollo histórico deben identificarse básicamente tres hitos (Cruzado, Labrador y Muñoz, 1993): 1) el desarrollo de las leyes del condicionamiento clásico por Pavlov, 2) la formulación de la ley del efecto por Thorndike, y 3) el desarrollo de las leyes específicas del condicionamiento operante por Skinner. Según estos autores, las leyes del condicionamiento permiten explicar el aprendizaje de algunas conductas humanas atendiendo únicamente a sucesos y conductas directamente observables.

El condicionamiento clásico depende de la relación entre estímulos y permite al individuo aprovechar la secuencia ordenada de los hechos ambientales, aprendiendo qué estímulos tienden a darse juntos y actuando en consecuencia.

La ley del efecto postula que si una conducta va acompañada o seguida por consecuencias positivas, el individuo tenderá a repetirla; mientras que si va acompañada o seguida por consecuencias negativas, el individuo tenderá a no emitirla.

Esta ley es un antecedente de las leyes del condicionamiento operante, que es el proceso por el que se realiza una asociación entre una conducta y las consecuencias de la misma. La importancia del condicionamiento como mecanismo de aprendizaje reside en la frecuencia con que ocurre de forma espontánea y natural en la vida cotidiana de los seres humanos. Por ejemplo, en el aprendizaje de los sabores, causando tanto aversión como preferencia, o en las conductas de activación y emocionales, especialmente en la adquisición de miedos, fobias y emociones hostiles.

Desde este enfoque, la conducta se explica en función de los estímulos antecedentes (previos) y/o consecuentes (posteriores) a dicha conducta. Así, tanto para modificar conductas aprendidas como para aprender conductas nuevas podemos controlar bien los estímulos antecedentes, bien las consecuencias (tabla 3.5). Por ello, la base de la evaluación en los modelos conductuales es siempre el **análisis funcional** de la conducta objetivo, que consiste en identificar los estímulos que controlan y/o mantienen dicha conducta y que ha sido sistematizado por Kanfer y Saslow (1969). Este análisis debe realizarse, obviamente, desde el punto de vista del menor y desde el punto de vista de los padres, resultando de utilidad cualquiera que sea la orientación terapéutica, ya que será la clave para identificar los estímulos, pensamientos y conductas que mantienen el problema.

Dentro del modelo se diferencian cuatro orientaciones (Cruzado et al., 1993): 1) El análisis conductual aplicado desarrollado por Skinner, que se aplica especialmente en el tratamiento de personas con capacidades cognitivas limitadas y en la modificación de ambientes sociales o institucionales, si bien los procedimientos operantes son básicos en cualquier intervención psicológica. 2) La orientación neoconductista, basada en el condicionamiento clásico de Pavlov, que tiene especial relevancia en el tratamiento de la ansiedad y el miedo. 3) La orientación basada en el aprendizaje social, donde destaca el trabajo de Bandura (1977a, 1977b), que enfatiza el papel de los modelos de conducta, el aprendizaje vicario y la percepción de la autoeficacia del sujeto, entendida como un juicio personal acerca de la propia capacidad para lograr un resultado deseado. 4) La orientación cognitivo-conductual, según la cual son los procesos cognitivos los que determinan el comportamiento, existiendo un determinismo recíproco entre ambiente y conducta. La terapia cognitiva se centra en identificar, probar y modificar creencias disfuncionales (que no se ajustan a la realidad), utilizando técnicas como la reestructuración cognitiva, la solución de problemas o las auto-instrucciones para desencadenar una respuesta emocional diferente y una conducta más adaptada al ambiente (Mardomingo y Herreros, 2009).

TABLA 3.5
Aprendizaje y modificación de la conducta

Método	Objetivo	Técnica
Cambiar consecuencias	Aumentar conductas	Refuerzo positivo Refuerzo negativo
	Aprender conductas nuevas	Moldeamiento Encadenamiento
	Disminuir conductas	Extinción Reforzamiento diferencial Procedimientos aversivos
Cambiar estímulos antecedentes	Autocontrol	Control de estímulos

Los **procedimientos operantes** descritos en la tabla 3.6 sirven de base para el tratamiento psicológico infanto-juvenil, y también son el contenido esencial de la psicoeducación y entrenamiento que se realiza con los padres (especialmente en los casos de trastornos de conducta). Así, por ejemplo, en el caso de rabietas infantiles se entiende que se mantienen por refuerzo positivo (cuando el progenitor cede a la demanda del niño para que calle). Asimismo, el cese del llanto del niño al ceder a su demanda constituye un reforzamiento negativo para el progenitor, que tenderá a responder de la misma manera en el futuro. Cuando el progenitor no cede a la demanda del niño a pesar del llanto, dicha conducta está bajo extinción. Todos los tipos de refuerzo pueden ser continuos, si ocurre siempre que ocurre la conducta, o intermitente, si ocurre algunas veces y otras no. Este último tipo es muy potente y en él se basan muchas adicciones comportamentales (por ejemplo, la adicción al juego), si bien para instaurar conductas nuevas se recomienda empezar con un programa de refuerzo continuo.

La investigación sobre los procedimientos operantes ha señalado un conjunto de principios para el uso eficaz de este tipo de técnicas (Gavino, 1997; Sulzer-Azaroff y Mayer, 1983). Así, para aumentar la efectividad de cualquiera de estas técnicas hay que emplearlas inmediatamente después de la conducta y de manera combinada. Por ejemplo, si se emplea la extinción, al mismo tiempo se debe emplear el reforzamiento positivo para las conductas incompatibles con la conducta a extinguir. Por otra parte, siempre es mejor elegir como procedimiento operante la consecuencia natural de una conducta. Por ejemplo, cuando el niño o adolescente llega más tarde de la hora pactada, no dejarle salir el día siguiente; o en una disputa por un juguete, retirarlo hasta que se pongan de acuerdo en quién y cómo jugará. Asimismo, para disminuir conductas inadecuadas es preferible la sobrecorrección al castigo, porque, además de castigar la conducta, el niño aprende a responsabilizarse y reparar su conducta. Una leche derramada por jugar en la mesa o tener una rabieta es mejor que tenga la consecuencia lógica de reparar el daño y limpiar la leche, en lugar de mandar al niño a la habitación o gritarle. Por último, los castigos no deben ser prolongados en el tiempo, ya que pierden efectividad.

TABLA 3.6
Técnicas de modificación conductual

Técnica	Definición e indicaciones	Condiciones de aplicación
Reforzamiento positivo	Presentación de un estímulo agradable como consecuencia de la conducta que queremos aumentar. Para todas las conductas y tipos de personas.	Selección de un reforzador apropiado para la persona y situación. Presentación inmediata del refuerzo tras la conducta. Vigilar otros estímulos y reforzadores presentes en la situación.
Reforzamiento negativo	Retirada de un estímulo aversivo o desagradable como consecuencia de la conducta que queremos aumentar. Para todas las conductas y tipos de personas.	Selección de un reforzador apropiado para la persona y situación. Retirada inmediata del refuerzo tras la conducta. Vigilar otros estímulos y reforzadores presentes en la situación.
Moldeamiento	Reforzamiento sistemático de las aproximaciones sucesivas a una conducta objetivo, que suele ser compleja. Para instaurar conductas que todavía no existen en el repertorio de la persona. Muy útil con personas con limitaciones cognitivas severas pero que pueden prestar atención.	Dividir la conducta objetivo en pasos sucesivos. Seleccionar reforzadores positivos apropiados. Reforzar positivamente cada paso o aproximación.
Encadenamiento	Reforzamiento sistemático de la secuencia correcta de conductas (o eslabones) que componen la conducta objetivo. Para instaurar conductas complejas que el sujeto no realiza pero conoce.	Los componentes (o eslabones) de la conducta ya existen en el repertorio de la persona o, si no existen, se pueden aprender. Dividir la conducta objetivo en pasos sucesivos, seleccionar reforzadores positivos apropiados y reforzar positivamente cada parte de la secuencia que se da en orden correcto.
Extinción	No reforzamiento consistente de la conducta que queremos disminuir o cesar. Para conductas que no requieren una disminución o cese inmediato (no suponen daño para uno mismo o los demás).	Control de las contingencias ambientales (identificar y eliminar otros estímulos competitivos). Muy eficaz y de efecto duradero.
Procedimientos aversivos (castigo, saciación, sobrecorrección)	Presentación de un estímulo aversivo contingente a la conducta que se desea eliminar.	Selección de la conducta apropiada y reparadora de la mala conducta. Aplicación inmediata de la corrección, que debe ser justa.
Economía de fichas	Planificación de las contingencias ambientales mediante el control de los estímulos reforzadores (es necesario tener un estricto control del ambiente). Para una amplia variedad de conductas problemáticas. Para aumentar y disminuir conductas.	Establecimiento de un reforzador generalizado (ficha) y reforzadores por los que se podrá intercambiar. Establecer conductas que implican la entrega o retirada de fichas. Aplicación o retirada inmediata del reforzador generalizado. Se ha aplicado fundamentalmente para controlar la conducta de grupos de personas.
Contrato	Documento escrito en que se especifican las	Es necesario pactar el contrato con el cliente y que

conductual	conductas objetivo y las consecuencias de realizarlas o no. Para una amplia variedad de conductas, especialmente las relacionadas con problemas interpersonales.	esté de acuerdo con las contingencias planificadas. Detallar conductas objetivo, límites temporales y criterios de éxito, así como las consecuencias positivas y negativas.
Control de estímulos y autocontrol	Planificación del ambiente para incluir o excluir estímulos que provocan o impiden la ejecución de una conducta. Para aumentar o disminuir conductas que ya existen en el sujeto. En general es útil para cambiar hábitos personales.	Identificar los estímulos que hacen más o menos probable la conducta que se quiere modificar. Planificar el ambiente manipulando dichos estímulos. Se suele emplear combinada con otras técnicas y como un primer paso en el aprendizaje de autocontrol.

Las técnicas operantes para desarrollar conductas que necesitan un aprendizaje más completo son el moldeamiento, el desvanecimiento y el encadenamiento (Domjan y Burkhard, 1996; Pérez, 1993). En el moldeamiento se refuerzan las aproximaciones sucesivas a una conducta más compleja, como el vestirse. Para que se produzca el reforzamiento es necesaria la ejecución correcta de una conducta previa, aunque no sea perfecta. Posteriormente, y conforme el niño perfeccione la ejecución, la posibilidad de refuerzo se hará más exigente. Por ejemplo, enseñando al niño a vestirse solo, al principio reforzaremos la conducta de ponerse los calzoncillos, aunque sea al revés, más adelante sólo se reforzará al niño si se ha puesto los calzoncillos bien, y así sucesivamente. El moldeamiento se emplea para instaurar conductas que todavía no forman parte del repertorio del sujeto, sirviendo el terapeuta de modelo enseñando la conducta a aprender. Su ámbito de aplicación es múltiple (lenguaje, conductas de aseo y otros hábitos), siendo muy útil con personas que tienen limitada su atención. Su dificultad estriba en elegir los reforzadores correctos, subdividir la conducta de manera que sea acorde a las capacidades del sujeto y hacer un desvanecimiento, de manera que la retirada progresiva del refuerzo no implique una desmotivación para la persona. El encadenamiento es parecido al moldeamiento, ya que es la formación de una conducta compleja a partir de otras conductas más sencillas, las cuales ya forman parte del repertorio conductual de la persona.

Otras técnicas que organizan las contingencias son la economía de fichas y el contrato conductual (Gavino, 1997). En ambas debe plantearse primero el problema en términos conductuales, esto es, identificar las conductas específicas que deben aumentar o disminuir. En el caso de la economía de fichas los reforzadores son físicos y simbólicos (pegatinas, fichas, puntos), para que puedan ser canjeados tanto por refuerzos tangibles (como un balón de fútbol o una muñeca) como por experiencias positivas y agradables (como ir al cine, al circo o jugar juntos toda una tarde). Esta técnica es muy popular con los niños y especialmente efectivo hasta los 10 años aproximadamente, aunque depende de la madurez del niño. El contrato conductual es más efectivo para los preadolescentes y adolescentes. En ambos casos se trata de fomentar el autocontrol y la responsabilidad. Variables que aumentan su eficacia son la estructuración moderada del programa de cambio, orientarse al objetivo final y orientarse a

cambios a corto plazo (Capafons et al., 1990).

Por último, los condicionamientos encubiertos son un conjunto de técnicas que utilizan la imaginación y pretenden alterar la frecuencia de una conducta a través de la manipulación de las consecuencias de dicha conducta (Raich, 1993). Se consideran procesos conductuales encubiertos los que incluyen: *a*) pensar o hablarse a uno mismo; *b*) imaginar o responder a estímulos que no están presentes, del mismo modo que si lo estuvieran; *c*) sentir o reproducir voluntariamente determinadas sensaciones en ausencia de los estímulos que las provocan, y *d*) respuestas fisiológicas que no son directamente observables (Upper y Cautela, 1983). Así, muchas de las técnicas basadas en el condicionamiento descritas en este capítulo tienen su equivalente técnica encubierta, de modo que pueden ser usadas también en imaginación. En general, este tipo de técnicas requieren (Raich, 1993): 1) evaluar la capacidad imaginativa de la persona y entrenarla si fuera el caso; 2) alternar las imágenes de las conductas que queremos modificar con las imágenes de los estímulos o consecuencias establecidos; 3) entrenamiento de la persona para realizar esta secuencia sin ayuda, y 4) practicar. En todas ellas es importante que la selección de los reforzadores o consecuencias imaginados sean realmente reforzantes para el sujeto y que su aplicación sea inmediata.

La terapia conductual está indicada para tratar los trastornos de ansiedad, depresión, de conducta, enuresis y encopresis, entre otros (Mardomingo y Herreros, 2009). La **orientación neoconductista** tiene especial relevancia en el tratamiento de la ansiedad, ya que ésta se explica fundamentalmente por procesos de condicionamiento clásico. Asimismo fundamenta el tratamiento de elección para aquellos tipos de ansiedad que tienen un componente de evitación: la exposición al objeto temido. La exposición siempre debe ir precedida de un aprendizaje en la respuesta incompatible a la ansiedad, que es la relajación (Cormier y Cormier, 2000). Las técnicas de relajación (o control de la activación) más empleadas en niños y adolescentes son la relajación muscular progresiva y la relajación autógena. Asimismo, pueden emplearse técnicas más simples, como el control de la respiración, que tiene muchas variantes (como la respiración diafragmática o la respiración de coherencia cardíaca), o más sofisticadas, como la hipnosis. Por otro lado, muchos niños y adolescentes pueden beneficiarse de un entrenamiento en *mindfulness* o atención plena, que se refiere a centrar la atención y la consciencia en el aquí y ahora de modo activo y reflexivo, y es una técnica desarrollada dentro del marco de las terapias de tercera generación (Siegel, 2013). Una vez que la persona dispone de habilidades para relajarse, puede emplearse la exposición, para lo cual existen muchas técnicas diferentes: desensibilización sistemática, exposición en vivo, imaginada, práctica positiva, etc. Según las investigaciones (Pérez y Fernández, 2003; Ybarra, Orozco y Valencia, 2015), las técnicas de exposición no tienen efecto en pacientes con ansiedad generalizada o con ánimo deprimido; las exposiciones más largas son más eficaces que las sesiones cortas, porque facilitan la habituación en lugar de la sensibilización al estímulo ansiógeno; sin embargo, la sobreexposición a partir de que el miedo ha disminuido no mejora los resultados; la exposición gradual y la exposición brusca son igualmente eficaces, aunque la brusca puede tener un efecto más rápido, pero siempre hay que tomar en

cuenta el nivel de tolerancia máxima del paciente, para no dejar una experiencia de pánico y generar el abandono de la terapia.

De la orientación conductista basada en el **aprendizaje social** destaca la influencia de los modelos de conducta, el aprendizaje vicario y la percepción de autoeficacia de la persona. Este último elemento es básico para el éxito de cualquier tipo de tratamiento, ya que la persona debe verse a sí misma capaz de afrontar satisfactoriamente sus problemas. Los tres procedimientos básicos que derivan de este enfoque son el modelado simbólico (en el que el modelo de conducta se presenta mediante materiales escritos, como libros o cómics, imágenes o películas), el automodelado (donde el propio cliente se imagina a sí mismo realizando la conducta deseada) y el modelado participante (que implica la demostración modelada en la situación objetivo) (Cormier y Cormier, 2000). Este tipo de técnicas son muy útiles con niños, para la adquisición y mejora de habilidades, así como la superación de fobias y conductas evitación, entre otras. Desde este enfoque surgen, además, las técnicas de entrenamiento en habilidades sociales, que suelen emplearse en el tratamiento de adolescentes y niños con problemas de conducta y/o relación con los pares (Mardomingo y Herreros, 2009).

Por último, de la **orientación cognitivo-conductual** hay que destacar las aplicaciones para niños y adolescentes de la terapia racional emotiva —TRE— de Ellis (Ellis y Bernard, 2006; Bernard y Joyce, 1984), y el entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum (Meichenbaum y Goodman, 1971). Este último suele combinarse con el modelado cuando se trabaja con niños y adolescentes, para ayudarles a producir autoinstrucciones eficaces para sus objetivos (Cormier y Cormier, 2000). En cuanto a la TRE de Ellis, hay que señalar que se centra en las creencias básicas del paciente, identificando las creencias irracionales o desadaptativas, con el objetivo de aumentar la adaptación, la autorregulación y la tolerancia ante la frustración.

Algunos métodos propuestos desde este enfoque son la imaginación racional emotiva, la proyección en el tiempo, la autoaceptación incondicional, los ejercicios para vencer la vergüenza, ejercicios de autorregulación y ejercicios de tomar riesgos calculados (Bernard y Joyce, 1984). Asimismo, la inversión del rol racional y los métodos humorísticos también son técnicas que fomentan el cambio. No obstante, la técnica fundamental de las terapias cognitivas es la reestructuración cognitiva, que implica la identificación y discusión de las ideas disfuncionales. Este tipo de ideas se consideran producto de sesgos cognitivos (tabla 3.7).

En general, dada la dificultad de que los niños completen autorregistros y realicen tareas para casa, que son procedimientos básicos de la terapia cognitiva, es muy importante conseguir la colaboración en la propia sesión para identificar los pensamientos disfuncionales (Bernard y Joyce, 1984). No se recomienda cargar al niño de tareas para casa, ya que podría ser contraproducente. Para emplear cualquiera de estas técnicas cognitivas hay que adaptarse a la edad y desarrollo del menor, presentándolas en la medida de lo posible de forma lúdica. Asimismo, cualquier técnica cognitiva necesita de una explicación y entrenamiento previo en la misma consulta y, en todo

TABLA 3.7
Distorsiones cognitivas

Distorsión cognitiva	Descripción
Inferencia arbitraria	Llegar a conclusiones sin evidencias o con evidencia arbitraria. Anticipación de algún acontecimiento sin evidencia.
Abstracción selectiva	Valoración de un hecho o experiencia a partir de un solo elemento.
Generalización excesiva	Conclusión extraída de uno o más hechos que se utilice como regla general.
Magnificación/Minimización	Se incrementa la magnitud de los sucesos negativos y se minimiza la de los positivos.
Pensamiento absolutista y dicotómico	Clasificar el mundo y a las personas en términos dicotómicos, creando atributos negativos globales de uno mismo y de los demás.
Evaluaciones incorrectas	Evaluaciones desajustadas a la realidad en relación a situaciones de peligro.
Actitudes disfuncionales	Creencias sobre los requisitos para una verdadera felicidad.
Olvidar lo positivo	Rechazo de las experiencias positivas.
Razonamiento emocional	Guiar las creencias sobre la realidad en función de las emociones negativas sentidas.
Enunciados «debo»	Aplicar de forma rígida las reglas sobre nuestras obligaciones.
Etiquetado	Uso de etiquetas globales para la persona o situación, en lugar de describir los elementos, características o conductas concretas.
Culpabilización inapropiada	Valoración a posteriori que establece lo que uno debería haber hecho y no hizo.

caso, motivar al menor para su ejecución. Existen adaptaciones de las técnicas cognitivo-conductuales para niños y adolescentes (por ejemplo, Friedberg y McClure, 2005; Stallard, 2007), que parecen tener gran efectividad, según investigaciones recientes (González et al., 2004). En líneas generales, la terapia cognitivo-conductual es la que cuenta con mayor evidencia empírica favorable (Pérez y Fernández, 2003; Ybarra, Orozco y Valencia, 2015).

Por último, cabe señalar aquí otros modelos cognitivos con aplicación en la terapia infanto-juvenil, como la terapia de esquemas ideada por Jeffrey Young (Young, Klosko y Weishaar, 1999), o a medio camino entre el psicoanálisis y la terapia cognitiva, como la terapia interpersonal de Klerman (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984), indicada en casos de depresión, así como modelos de corte cognitivo-constructivista como la terapia narrativa (Freeman y Epston, 2001).

3.2.3. Modelo sistémico

El modelo sistémico es de obligado conocimiento para cualquier terapeuta infanto-juvenil,

ya que enfatiza el rol del sistema familiar en la problemática del niño o adolescente. En la tabla 3.8 se presenta un resumen de las teorías y técnicas principales aportadas desde este modelo (Ludwig, 1996). Las teorías que mayor influencia han tenido en el desarrollo del modelo son la teoría de la información, la teoría de los tipos lógicos, la teoría general de sistemas (de la que ya se ha hablado en el apartado dedicado a la atención integral) y la cibernética. Así —sin entrar en la sofisticación de la terapia familiar, que merecería un capítulo aparte—, los recursos técnicos más importantes del modelo sistémico son (Andolfi, 1997; Bermúdez y Brik, 2010; Satir, 2002): *a*) la *reformulación* y la *redefinición*, que se emplean para cambiar el contexto conceptual y emocional dado al problema o persona problemática, proporcionando una lectura distinta a la que trae el niño y/o la familia; *b*) la *connotación positiva*, que se emplea para atribuir un significado positivo a la conducta problema, y la *intención paradójica*, que hace uso de la resistencia al cambio para darle a éste un valor funcional; *c*) la *prescripción de tareas*, que permite cambiar el funcionamiento de los miembros de una forma pautada, de forma que las personas pueden verse a sí mismas reaccionando de forma distinta a como suelen hacerlo y observar los cambios que se generan en el sistema familiar; *d*) las *analogías* o *metáforas* permiten relacionarse con el problema de una forma distinta que fomenta la comprensión y desbloquea la creatividad natural de las personas, y *e*) el *cuestionamiento circular*, que implica a todos los miembros de la familia para distinguir, comparar y relacionar fenómenos, así como para crear comprensiones y empatía entre ellos.

TABLA 3.8
Modelo sistémico

Teoría	Autores	Técnicas propuestas
Teoría de los juegos	Von Neumann y Morgenstern (1944)	Reformulación, redefinición
Teoría de la información	Shanon y Weaver (1940)	Connotación positiva, intención paradójica
Teoría de los tipos lógicos	Whitehead y Russel (1910)	Prescripción de tareas, ilusión de alternativas
Teoría general de sistemas	Von Bertalanffy (1969)	Analogías
Cibernética	Wiener y Rosenblueth (1942)	Cuestionamiento circular

3.2.4. Modelo humanista-existencial

Para los **modelos humanistas,** el ser humano es autónomo frente a su desarrollo, tomando decisiones y aceptando responsabilidades. Además, es interdependiente y responsable frente a la comunidad. Asumen que las personas tienden al crecimiento y a la autorrealización. Así, se considera que la conducta humana es intencional, motivada por objetivos y principios axiológicos. Considerando esto, la terapéutica propuesta por los modelos humanistas enfatiza

la vivencia inmediata y la experiencia del aquí y ahora, de modo que la terapia se considera como una experiencia emocional correctora que permite modificar los esquemas cognitivo-emocionales que subyacen al problema. Entre estos modelos, y para la intervención infanto-juvenil, cabe destacar las aportaciones de Rogers (1993) y la terapia gestáltica de Perls (1987).

Según Rogers (1993), el cliente es quien dirige la terapia, por lo que se suele considerar a estos modelos como no directivos y centrados en la persona. No obstante, el terapeuta tiene que ofrecer a la persona una relación en que la terapia pueda ser exitosa, lo cual depende de que se cumplan tres condiciones (que deben ser las actitudes básicas del terapeuta): 1) la aceptación y consideración incondicionalmente positiva de la persona en búsqueda de ayuda; 2) la empatía centrada en la persona, entrando en su mundo y tratando de comprender sus vivencias, acompañando a la persona en lo que sea que le ocurra; y 3) la autenticidad del terapeuta, que permite un diálogo sincero y constructivo, en el que el terapeuta es experto al servicio de la persona que acompaña.

La terapia Gestalt tiene su particularidad en cómo integra aspectos filosóficos, terapéuticos y metodológicos rogerianos, del psicoanálisis, terapias corporales, el psicodrama o los grupos de encuentro, junto a conceptos orientales de las filosofías taoístas y budistas (Salama, 2010). Así, una forma de vida responsable y consciente conforma no sólo el principal objetivo psicoterapéutico, sino también la vivencia personal de todo terapeuta, cuya presencia, esencia e identidad, además de su saber hacer, constituyen el principal elemento terapéutico (Naranjo, 1991). El fundamento de la terapia Gestalt es el concepto de «darse cuenta» *(awareness)*. Esto significa tomar consciencia y estar atento a las emociones, sensaciones e ideas que nos relacionan con la realidad. Los conceptos más importantes de la terapia Gestalt se refieren al desarrollo y funciones del *self* (derivado del psicoanálisis) y al ciclo de la experiencia (o ciclo de contacto y retirada) (Polster y Polster, 1980). Pone énfasis en la responsabilidad de cada uno, atendiendo a las posibilidades de sentir, pensar y/o hacer respecto a la realidad, abandonando el papel de víctima. El ciclo de la experiencia describe el sucesivo nacer y morir de los asuntos, como formas que se destacan en un momento determinado sobre un fondo vital. Así, satisfacer el ciclo de la experiencia es el objetivo fundamental de toda sesión terapéutica.

Algunos recursos técnicos de la terapia Gestalt son (Naranjo, 1991; Perls, 1987; Polster y Polster, 1980; Salama, 2010): *a*) el uso de las resistencias, que se consideran respuestas adaptativas de la persona, de manera que se atiende a los obstáculos personales que impiden el crecimiento, tratando de hacerlos conscientes para que la persona pueda decidir sobre dichas resistencias; *b*) el trabajo con polaridades, que implica el reconocimiento de la dialéctica entre los opuestos en la vida de la persona, y *c*) otras diseñadas para la expresión y comprensión de la vida interna, como la escenificación, las cartas terapéuticas, la silla vacía o el dibujo como medio de la expresión de emociones. En general, deben atenderse dos aspectos cuando se aplican técnicas gestálticas: lo que se hace en sesión (las técnicas o asuntos que surgen momento a momento durante la sesión) y los experimentos que hace el paciente dentro o

fuera del contexto terapéutico. En la terapia infanto-juvenil, el método principal para cubrir los objetivos terapéuticos será el juego, aunque también se utilizan variados métodos de expresión como el dibujo, el psicodrama, el teatro, los títeres o los cuentos, entre muchos otros (Cornejo, 1996; Oaklander, 1992). La terapia de juego se utiliza primordialmente con menores de 10 años y está centrada en el niño, que es quien dirige la actividad, haciendo constantemente decisiones que permiten su auto-expresión. No obstante, el terapeuta no está inactivo, sino que debe ayudar al niño a expresarse, autorregularse e ir adquiriendo gradualmente mayor responsabilidad (Cochran et al., 2010).

Los **modelos existenciales** aplican el método fenomenológico a la terapia. Entre estos enfoques destaca la logoterapia de Viktor E. Frankl, basada en la filosofía existencialista de Max Scheler y que será sistematizada por el autor tras su salida de los campos de concentración en la II Guerra Mundial. La logoterapia pretende complementar a otros modelos terapéuticos que han obviado la dimensión más auténticamente humana de las personas: la espiritualidad, entendida ésta como la libertad y responsabilidad vital de cada uno en descubrir y realizar un sentido en la vida (Frankl, 2012). Así, parte de una visión antropológica muy concreta: el hombre es una unidad ontológica multidimensional, cuyas dimensiones básicas son somática, psíquica y espiritual. Según el autor, la motivación principal del ser humano es la búsqueda de sentido, que actúa como fuerza vital incluso en las más extremas condiciones vitales. Esta voluntad de sentido permanece intacta cualesquiera que sean las circunstancias a nivel somático, psíquico o social, y debe ser atendida por el profesional sanitario (Frankl, 1992). Así, en cualquier circunstancia hay un sentido en la situación que puede ser descubierto y realizado por la persona, que, más allá de la salud y de la enfermedad, puede sentirse plena o feliz.

Las vías para descubrir el sentido en las situaciones que cada uno enfrenta en la vida son universales. La tarea del logoterapeuta es ayudar a la persona a encontrar estas «pistas» (como piezas de un puzzle) y descubrir lo que de valioso hay en ellas para la vida y los valores de esa persona. Las vías para el sentido, según Frankl (2012), son: 1) los valores de creación a través de la acción y el trabajo, creando algo valioso; 2) los valores de vivencia a través del amor y la belleza, disfrutando de algo valioso del mundo; y 3) los valores de actitud, siempre presentes y siempre posibles, ya que cuando no se puede crear algo valioso ni disfrutarlo siempre queda la libertad de encontrar un modo de atravesar el sufrimiento inevitable de una forma digna, lo que confiere una actitud valiosa ante el hecho de sufrir.

Este modelo considera que el vacío y la frustración existencial, entendidos como la falta de motivación y falta de sentido percibida en la vida, pueden generar y/o fomentar actitudes, emociones y conductas patológicas. Así, lo patológico no es el sufrimiento en sí, sino la falta de sentido de este sufrimiento. Frankl (1992) describe una clasificación de las neurosis derivada del psicoanálisis de la época, pero diferenciándose de él. Sus aportaciones más originales son la neurosis noógena, como derivada del vacío existencial, y la neurosis colectiva, como actitud fatalista y/o fanatista ante la vida. Asimismo, explica que ante cualquier problema de la vida las personas podemos responder con una actitud diferente.

Elegir la respuesta que damos a la vida es nuestra responsabilidad y libertad más fundamental, que nadie nos puede arrebatar. Las cuatro actitudes básicas son: la pasividad mala (que implica la huida o evitación), la pasividad justa (que implica ignorar o ironizar el síntoma), la actividad mala (que implica luchar obsesivamente contra el síntoma o dificultad) y la actividad justa (que implica dedicarse a una actividad valiosa y con sentido, a pesar de los síntomas y dificultades).

Los recursos técnicos de la logoterapia enraízan en la actitud y persona del terapeuta, que no debe perder de vista que la terapia es un encuentro existencial entre dos personas. Las técnicas principales son: el diálogo socrático, la derreflexión y la intención paradójica. La derreflexión pretende que la persona deje de prestar una inadecuada atención al síntoma (hiperintención) o a sí mismo (hiperreflexión), redirigiendo su atención hacia otras posibilidades de sentido (Frankl, 1992, 2012; Lukas, 2006). El cambio fundamental que se busca es que la persona descubra o potencie su capacidad de autotrascendencia, poniéndose en relación a algo o alguien valioso en la vida, ejerciendo su libertad y responsabilizándose de ello. Este enfoque es especialmente útil en el trabajo con el sufrimiento inevitable y los valores; no obstante, consiste en una mirada muy concreta sobre el ser humano, por lo que puede complementar a cualquier enfoque terapéutico. Así, explicitar este enfoque puede ser muy útil en el trabajo con adolescentes, porque están en pleno proceso de búsqueda y formación de identidad, lo que suele ir ligado a la percepción de contradicciones que dificultan su formación. Asimismo, es usual que sientan un vacío ante la existencia, que les conduce frecuentemente a abuso de sustancias o conductas arriesgadas de otra índole, en busca de estimulación vaga y sin un sentido real (Bruzzone, 2008; Lukas, 2005). Por otro lado, en niños será útil como encuadre psicoterapéutico y actitud básica del terapeuta, fomentando en todo momento la relación interpersonal con el niño y sus recursos personales para la resiliencia.

3.3. Finalizar la terapia y fase de seguimiento

A la hora de terminar la terapia y despedirse del menor y de su familia, hay que tener en cuenta que probablemente exista ya un apego importante entre el terapeuta y el menor, por lo que nunca debe ser un proceso brusco ni imprevisto para el niño. Éste debe anticipar y, en lo posible, desear esta separación, por lo que conviene explicitar que la terapia está llegando a su fin y por qué (generalmente será porque los objetivos que se fijaron al inicio están conseguidos), así como distanciar la frecuencia de los encuentros de forma paulatina (de encuentros semanales a quincenales o mensuales, por ejemplo). Al despedirnos es conveniente dejarle claro al menor que en cualquier momento puede volver, aunque sea por una cosa puntual o simplemente para comunicar su bienestar si así lo desea. En algunos casos puede ser útil ponerse en contacto con la familia unos meses o incluso un año después de finalizar la terapia, para comprobar el mantenimiento de los logros obtenidos. Se inicia así la fase de

seguimiento, que, a nivel terapéutico, constituye una forma de acompañar a la persona después del tratamiento (Vives, 2008). Esta fase es importante en todo tipo de intervención psicológica, pero especialmente en aquellos casos en que la persona se siente aún frágil para asumir sus responsabilidades, a pesar del beneficio terapéutico (Salama, 2010).

Si hemos hecho un cuaderno terapéutico o una carpeta, donde se han guardado los dibujos y tareas que el niño o adolescente hizo, es conveniente entregarle una copia y recordarle que todo el esfuerzo y el aprendizaje hecho por él está recogido en estas hojas, y que puede consultarlo siempre que lo necesite (Cornejo, 1996; Oaklander, 1992). Asimismo, a veces es interesante acabar la terapia otorgando al niño o adolescente un «diploma» que certifique sus esfuerzos y sus logros.

4. CONCLUSIONES

Los rápidos cambios sociales y de estructura familiar hacen más necesario, si cabe, conocer las leyes que respaldan el trabajo terapéutico antes de empezar cualquier intervención psicológica con menores de edad. El psicólogo debe conocer los términos legales vigentes que afectan a las familias a las que va a atender, recogidos en el Código Civil, así como respetar el Código deontológico de la Psicología para desempeñar un trabajo impecable desde el punto de vista ético.

Para llevar a cabo una buena intervención se requieren del profesional conocimientos técnicos de aspectos clínicos, evolutivos y educativos. Lo que es más importante aún es que disponga de habilidades personales adecuadas para la terapia infanto-juvenil, como la sensibilidad y la empatía, habilidades de cuidado responsable y afectivo, capacidad para establecer vínculos seguros, y una agresividad intermedia o baja en sus relaciones interpersonales (asertividad). Así, en el segundo apartado de este capítulo se han descrito dichas habilidades, así como otras recomendaciones de tipo práctico para una intervención exitosa, referidas al concepto de atención integral y a las condiciones externas del encuadre terapéutico.

En el tercer apartado del capítulo se han desarrollado las principales cuestiones que afectan a las tres fases de una intervención: la fase de evaluación, la implementación de técnicas y herramientas terapéuticas, y el seguimiento o finalización de la terapia. En el proceso terapéutico, independientemente del modelo teórico que guíe su actuación, el primer objetivo del terapeuta infanto-juvenil es construir un vínculo seguro con el niño, fomentando su resiliencia natural y actuando como un *yo auxiliar.* Asimismo, debe ser capaz de detectar las necesidades emocionales y psíquicas del menor, armonizándolas con las de los otros miembros de la familia. En la terapia infanto-juvenil la familia siempre va a jugar un papel primordial, así que las personas significativas que rodean al niño o adolescente deben ser incluidas en el proceso, aunque sea indirectamente. Es importante que el profesional esté al corriente de los nuevos abordajes terapéuticos, pues la clínica infanto-juvenil está en pleno

desarrollo, eligiendo herramientas que se adecúen a la persona o personas en busca de ayuda, y no únicamente a su problemática.

5. CASO CLÍNICO

Motivo de consulta

«S» es un niño de 8 años y 6 meses que acude a consulta con sus padres, por recomendación de sus profesores. Según éstos, «S» es muy inteligente y activo, acaba sus deberes generalmente antes que sus compañeros y luego es difícil volver a captar su atención, ya que empieza a molestar y levantarse continuamente de su silla, desobedeciendo las indicaciones de sus profesores e incluso contestándoles de forma poco adecuada. Los padres refieren que en casa le gusta mandar, y si no consigue sus objetivos se pone agresivo (dando patadas y rompiendo juguetes). Los padres expresan miedo porque el niño tenga hiperactividad y problemas de atención. Las discusiones con el niño para que mejore su conducta han generado problemas, no solamente en el colegio, sino en la relación de pareja, que actualmente está en proceso de divorcio.

Anamnesis

De la entrevista con los padres se obtiene la siguiente información: «S» es hijo único, sin problemas constatados del desarrollo hasta el momento, ni problemas de salud o acontecimientos que pudiesen explicar la sintomatología. Los padres son funcionarios, ambos de Cádiz aunque viviendo en Valencia desde hace unos 8 años, ya que se trasladaron cuando la madre estaba embarazada. El embarazo y el parto transcurrieron sin complicaciones. «S» fue amamantado durante seis semanas, ya que luego la madre cogió una depresión y empezó a tomar medicación. Cuando «S» tenía 4 meses la madre se incorporó a su trabajo por turnos, por lo que contrataron a una persona de confianza para los períodos de tiempo que ella estuviese trabajando. Cuando «S» contaba con 15 meses de edad su padre fue trasladado de Valencia a Zaragoza, por lo que desde entonces sólo puede estar en casa los fines de semana. A los 18 meses «S» empieza ir a la guardería sin problemas de adaptación. Sin embargo, a los tres años empieza a mostrar problemas de conducta en forma de rabietas intensas, que se manifiestan sobre todo en casa y con su madre. Empieza el colegio sin problemas de aprendizaje pero con múltiples problemas de conducta, especialmente de agresividad hacia sus compañeros. En casa su comportamiento no ha mejorado y sigue manifestando rabietas intensas y frecuentes conductas agresivas cuando no consigue lo que quiere. Desde el colegio llaman la atención a los padres por una sospecha de déficit de atención con hiperactividad y por sus conductas disruptivas, que se han intensificado con la reciente ruptura de la pareja.

Evaluación

En las primeras tres sesiones se realiza una exploración clínica entrevistando a los padres y a «S»: la primera sesión se realiza conjuntamente, la segunda con «S» y la tercera con los padres. El análisis funcional de la conducta señala que los padres refuerzan las conductas disruptivas de «S» de forma intermitente, cediendo a veces ante sus peticiones (refuerzo positivo), resistiendo otras veces hasta que el niño se rinde y generalmente se queda dormido (extinción). Dada la dificultad de «S» de «rendirse» y aceptar un no por respuesta, los padres cada vez encuentran más difícil no ceder ante los llantos del niño (conducta reforzada negativamente).

Los padres tienen un estilo educativo principalmente autoritario, castigando las conductas no deseadas, de forma física o verbal (gritos, insultos o desvalorizaciones del niño). Los padres completan el cuestionario CUIDA, donde obtienen puntuaciones bajas en cuidados afectivos y sensibilidad hacia los demás (empatía), mientras que obtienen puntuaciones media-altas en agresividad.

Durante las entrevistas individuales con el niño, «S» muestra un comportamiento normal, sin rabietas ni signos de hiperactividad (permanece sentado y atento durante unos 40 minutos, sin mostrar estereotipias ni hiperkinesia). Se le observa con consciencia plena del entorno y con estado de ánimo estable, hablando de sus problemas de forma abierta. Verbaliza que odia a sus padres porque no están nunca con él, y siempre le castigan y le gritan. Se describe a sí mismo como un «niño malo» porque nunca obedece, y como un poco tonto porque los últimos dos exámenes los supendió. Preguntado al respecto, refiere que pega a sus compañeros porque nadie juega con él.

«S» completa tres instrumentos de evaluación: uno proyectivo (Test de la persona bajo la lluvia) y dos psicométricos (TAMAI, que da cuenta del grado de inadaptación social, familiar, escolar y personal del menor, y el Test guestáltico viso-motor de Bender, que detecta problemas neuropsicológicos y ansiedades psíquicas). Los resultados de los tests señalan que «S» percibe un estilo educativo agresivo en sus padres, que tiene niveles medio-altos de ansiedad, alta agresividad, miedo al abandono (lo cual sugiere un vínculo de apego inseguro) e inadaptación personal (caracterizada por un alto índice de cogni-punición y cogni-afección, esto es, que se autocastiga y tiene una muy pobre imagen de sí mismo). Por otra parte, obtiene altas puntuaciones de inadaptación escolar, derivadas de una aversión a la institución, y de inadaptación social, que se concretan en intensos sentimientos de agresividad. La inadaptación familiar también es alta. No se observan problemas neurológicos, ni de atención, ni de hiperactividad.

Hipótesis diagnóstica

Trastorno de conducta de inicio infantil con emociones prosociales limitadas de gravedad leve.

Tratamiento

La primera decisión terapéutica consiste en trabajar con los padres en sesiones de psico-educación. En un par de sesiones aprenden técnicas básicas de modificación de conducta, como el empleo del refuerzo positivo, la extinción y el uso de las consecuencias lógicas de cada conducta problemática. La aplicación de estas técnicas será revisada y supervisada durante toda la terapia, que transcurrirá en sesiones de terapia familiar, intercaladas con sesiones individuales con el niño.

En las sesiones familiares se trabajan, además, las habilidades de cuidado afectivo, la empatía y otras habilidades específicas para desarrollar la autonomía del niño. Con «S» se trabaja principalmente su autoestima. Además, serán foco de la intervención las habilidades de autorregulación emocional, para lo cual se le entrena en técnicas cognitivo-conductuales, y otros problemas emocionales, como el miedo al abandono y el intenso sentimiento de culpa que ha desarrollado por la ruptura de la relación parental. Estos problemas emocionales se trabajan con técnicas gestálticas, principalmente mediante el dibujo y la escenificación.

Después de 15 sesiones de periodicidad semanal la conducta de «S» ha mejorado tanto en casa como en el colegio, con sus compañeros y con sus profesores, por lo que se prepara el cierre de la terapia, espaciando las sesiones a una periodicidad quincenal. Cinco sesiones más tarde se le dará el alta, tras haber trabajado las dificultades que prevén encontrar y haber realizado una reflexión de los logros y los recursos con que cuenta el niño y la familia.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN (Descargar o imprimir)

1. En el tratamiento de un niño con padres divorciados tenemos que actuar de la siguiente manera:

   a) Si el niño viene con la parte que sostiene la custodia sólo tengo que hacerle firmar el consentimiento para el tratamiento, pero si viene con la parte no custodia entonces tendrá que firmar también el documento de compromiso informado entre progenitores, donde se compromete avisar a la otra parte.
   b) En todo caso sólo hay que firmar el consentimiento informado.
   c) En todo caso hay que hacerles firmar el documento de compromiso de información entre progenitores, porque para la terapia se necesita el consentimiento de los dos progenitores.

2. Cuando los pensamientos o impulsos se reprimen y se expresan a través de los opuestos, se trata de un mecanismo de defensa llamado (para el psicoanálisis explica la manía):

   a) Introyección.
   b) Formación reactiva.
   c) Sublimación.

3. ¿Qué tipo de operante mantiene la conducta de una madre que tiende a ceder a la rabieta de un niño?

   a) Un refuerzo positivo.
   b) Un refuerzo negativo.
   c) Un refuerzo intermitente.

4. Señala la opción correcta:

   a) Para que la técnica de extinción tenga la máxima eficacia hay que reforzar positivamente las conductas incompatibles con la conducta a extinguir.
   b) La valoración de un hecho o experiencia a partir de un solo elemento es una distorsión cognitiva llamada valoración arbitraria.
   c) El reforzamiento negativo es la disminución en la frecuencia de una respuesta por la aplicación de un estímulo aversivo inmediatamente después de que se ejecute la conducta.

5. La terapia de juego en niños se aplica:

   a) En la orientación psicoanalítica, como método de asociación libre.
   b) En la orientación humanista (terapia Gestalt), como forma de autoexpresión.
   c) En ambas orientaciones, y también desde otros enfoques, con diferentes consideraciones y objetivos.

Respuestas correctas

1	2	3	4	5
c)	*b*)	*b*)	*a*)	*c*)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). *Tests psicológicos*. México: Prentice-Hall.

Andolfi, M. (1997). *Terapia familiar. Un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós.

Ávila, A., Rojí, B. y Saúl, L. A. (2014). *Introducción a los tratamientos psicodinámicos*. Madrid: UNED.

Bandura, A. (1977a). *Social Learning Theory*. Nueva Jersey: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1977b). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84,* 191-215.

Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Berger, K. S. (2004). *Psicología del Desarrollo. Infancia y Adolescencia*. Madrid: Médica Panamericana.

Bermejo, F. A., Estévez, I., García, M. I., García-Rubio, E., Lapastora, M., Letamendía, P., Cruz, J., Polo, A., Sueiro, J. y Velázquez, F. (2008). *Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores —CUIDA—*. Madrid: Tea Ediciones.

Bermúdez, C. y Brik, E. (2010). *Terapia Familiar Sistémica. Aspectos teóricos y aplicación práctica*. Madrid: Editorial

Síntesis.
Bernard, M. E. y Joyce, M. R. (1984). *Rational-emotive therapy with children and adolescents: Theory, treatment strategies, preventative methods*. Nueva York: Wiley & Sons.
Bowlby, J. (1999). *Attachment and Loss* (vol. 1) (2.ª ed.). Nueva York: Basic Books.
Bronfenbrenner, U. (1979). La ecología del desarrollo humano: Experimentos por naturaleza y diseño. En D. Shaffer, *Psicología del Desarrollo. Infancia y adolescencia* (5.ª ed.). México, DF: Thompson.
Bruzzone, D. (2008). *Pedagogía de las alturas. Logoterapia y educación*. México, DF: Ediciones LAG.
Capafons, A., Castillejo, J. L., Gómez-Ocaña, C., Barreto, P., Aznar, P. y Pérez, P. (1990). Métodos de autodirección. En A. Capafons y P. Barreto (Comps.), *Psicoterapia y modificación de conducta: compendio de lecturas básicas I*. Valencia: La Nau Llibres.
Cochran, N. H., Nordling, W. J. y Cochran, J. L. (2010). *Child-Centered Play Therapy: A Practical Guide to Developing Therapeutic Relationships with Children*. Hoboken, Nueva Jersey: Wiley & Sons.
Corbella, S. y Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes*. Madrid: Editorial Visión Libros.
Cornejo, L. (1996). *Manual de Terapia Infantil Gestáltica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
Cruzado, J. A., Labrador, F. J. y Muñoz, M. (1993). Introducción a la modificación y terapia de conducta. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (Comps.), *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid: Editorial Pirámide.
Del Barrio, V. (2009). Problemas específicos de la evaluación infantil. *Revista de Psicología de Clínica y Salud, 20*(3), 225-236
Domjan, M. y Burkhard, B. (1996). *Principios de aprendizaje y conducta*. Madrid: Editorial Debate.
Ellis, A. y Bernard, M. E. (2006). *Rational Emotive Behavioral Approaches to Childhood Disorders*. Nueva York: Springer.
Fernández, H. y Opazo, R. (2004). *La integración en psicoterapia: Manual práctico*. Barcelona: Paidós.
Frankl, V. E. (1992). *Teoría y terapia de las neurosis*. Barcelona: Herder.
Frankl, V. E. (2012). *Fundamentos y aplicaciones de la logoterapia*. Barcelona: Herder.
Freeman, J. y Epston, D. (2001). *Terapia narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona: Paidós.
Freud, A. (1961). *El Yo y los mecanismos de defensa*. Barcelona: Paidós.
Freud, S. (1938). *An outline of Psychoanalysis*, XXIII. Londres: The St. Edit Hog. Press.
Friedberg, R. y McClure, J. M. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes: conceptos esenciales*. Barcelona: Paidós.
Gavino, A. (1997). *Técnicas de terapia de conducta*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.
Gonzalez, J. E., Nelson, J. R., Gutkin, T. B., Saunders, A., Galloway, A. y Shwery, C. S. (2004). Rational Emotive Therapy With Children and Adolescents A Meta-Analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 12*(4), 222-235.
Greenson, R. (1967). *The Technique and Practice of Psychoanalysis*, vol. 1. Nueva York: International Universities Press.
Kanfer. F. H. y Saslow, G. (1969). Behavioral Diagnosis. En C. M. Frankl (ed.), *Behavior Therapy: Appraisal and Status*. Nueva York: McGraw-Hill.
Klein, M. (1987). *Obras Completas, vol. 2. El Psicoanálisis de niños*. Barcelona: Paidós.
Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. y Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression: A brief, focused, specific strategy*. Maryland: Rowman & Littlefield Publishers.
Lambert, M. J. (1986). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. En J. C. Norcross (ed.), *Handbook of Eclectic Psychotherapy* (pp. 436-462). Nueva York: Brunner/Mazel.
Linn, S. J. y Garske, J. P. (1998). *Psicoterapias contemporáneas*. Bilbao: DDB.
Ludwig, K. (1996). *Terapia sistémica. Bases de teoría y prácticas clínicas*. Barcelona: Editorial Herder.
Lukas, E. (2005). *Libertad e identidad: logoterapia y problemas de adicción*. Barcelona: Paidós.
Lukas, E. (2006). *También tu sufrimiento tiene sentido*. México, DF: Editorial LAG.
Maestro, C. (2009). Uso práctico de la evaluación psicológica. En C. Soutillo y M. J. Mardomingo (coord.), *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
Maganto, C. (1995). *Psicodiagnóstico infantil: aspectos conceptuales y metodológicos*. Donosti: UPV.
Maganto, C. (2004). La familia desde el punto de vista sistémico y evolutivo. En C. Maganto (ed.), *Mediación familiar. Aspectos psicológicos y sociales*. Donosti: UPV.
Mardomingo, M. J. y Herrerros, O. (2009). Psicoterapias en niños y adolescentes. En C. Soutillo y M. J. Mardomingo (coord.), *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
Martorell, M. C. (1988). El informe y cuestiones deontológicas en el diagnóstico psicológico. En M. C. Martorell, *Técnicas de exploración psicológica*, vol. I. Valencia: Promolibro.
Morelato, G. (2005). Perspectivas actuales de los procesos que sustentan la resiliencia infantil. *Investigaciones en Psicología*,

10(2), 61-82.
Naranjo, C. (1991). *La vieja y novísima Gestalt*. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
Oaklander, V. (1992). *Ventanas a nuestros niños. Terapia gestáltica para niños y adolescentes*. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
Parres, R. (2001). Aspectos generales de la técnica psicoanalítica. En M. Salles (coord.), *Manual de terapias psicoanalíticas en niños y adolescentes*. México: Editorial Plaza y Valdés.
Pérez, M. y Fernández, J. R. (2003). *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces. Volumen 3. Infancia y Adolescencia*. Madrid: Editorial Pirámide.
Perls, F. (1987). *El enfoque gestáltico y testimonios de terapia*. Santiago: Editorial Cuatro Vientos.
Phillips, A. (2007). *Winnicott*. Londres: Penguin Books.
Polster, E. y Polster, M. (1980). *Terapia guestáltica. Perfiles de teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
Raich, R. (1993). Condicionamiento encubierto. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (comps.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Editorial Pirámide.
Rogers, C. (1993). *El proceso de convertirse en persona: Mi técnica terapéutica*. Madrid: Editorial Paidós.
Salama, H. (2010). *Psicoterapia Gestalt: Procesos y metodología*. Barcelona: Editorial AMAT.
Salles, M. (2001). La terapia psicoanalítica del niño. En M. Salles (coord.), *Manual de terapias psicoanalíticas en niños y adolescentes*. México: Editorial Plaza t Valdés.
Satir, V. (2002). *Terapia familiar paso a paso*. México: Editorial Pax.
Sattler, E. (1999). *Evaluación infantil*. México: Manual Moderno.
Siegel, B. (2013). *Tormenta cerebral. El poder y el propósito del cerebro adolescente*. Barcelona: Alba Editorial.
Stallard, P. (2007). *Pensar bien – sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes*. Bilbao: Editorial DDB.
Sulzer-Azaroff, B. y Mayer, G. R. (1991). *Procedimientos del análisis conductual aplicado con niños y jóvenes*. México, DF: Editorial Trillas.
Upper, D. y Cautela, J. R. (1983). *Condicionamiento encubierto*. Bilbao: Editorial DDB.
Valdés, M. y Rodríguez, J. M. (1999). Evaluación psicológica infanto-juvenil: Planteamientos genéricos. En J. F. Lozano y M. Gómez (eds.), *Avances en salud mental infanto-juvenil*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
Vives, J. y Lartigue, T. (2001). El proceso psicoanalítico y sus variantes en niños y adolescentes. En M. Salles (coord.), *Manual de terapias psicoanalíticas en niños y adolescentes*. México: Editorial Plaza & Valdés.
Vives, M. (2008). *Psicodiagnóstico clínico infantil*. Barcelona: Edicions Universitat Barcelona.
Watzlawick, P., Beavin, J. H. y Jackson, D. D. (1985). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Editorial Herder.
Winnicott, D. W. (1971). *Clínica psicoanalítica infantil*. Buenos aires: Editorial Paidós.
Ybarra, J. L., Orozco, L. A. y Valencia, I. (2015). *Intervenciones con apoyo empírico: Herramienta fundamental para el psicólogo clínico y de la salud*. Tamaulipas: Editorial El Manual Moderno.
Young, J. E., Klosko, J. S. y Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy. A practitioner's guide*. Nueva York: The Guilford Press.

4

El dibujo infantil como instrumento diagnóstico y terapéutico

MAITE GARAIGORDOBIL
CARMEN MAGANTO

OBJETIVOS DEL CAPÍTULO

El capítulo tiene tres objetivos: analizar el dibujo desde la perspectiva evolutiva, profundizar en su valor diagnóstico y evidenciar el papel que puede desempeñar en la terapia infanto-juvenil. Para cubrir estos objetivos, la primera parte del capítulo analiza el valor del dibujo como medio de expresión del desarrollo madurativo-intelectual. A medida que el niño crece avanza su saber, y este saber se refleja en el dibujo. En la segunda parte del capítulo se enfatiza el potencial diagnóstico del dibujo, identificando algunos instrumentos de evaluación que utilizan el dibujo como técnica de evaluación de la inteligencia, de la personalidad y del contexto familiar. La última parte del capítulo hace referencia a la capacidad terapéutica del dibujo. El dibujo es un medio de comunicación y de expresión de la personalidad. Los niños y niñas expresan en sus dibujos pensamientos, sentimientos, preocupaciones, temores, conflictos, experiencias, deseos…, y su valor terapéutico estriba en la posibilidad de liberar, a través de él, emociones y situaciones dolorosas vividas por la persona.

1. INTRODUCCIÓN

La consideración de los dibujos como expresión del desarrollo madurativo infantil es tan antigua, en su estudio y análisis, como la consideración de los mismos como expresión de la personalidad o de los problemas emocionales de una persona. Corman decía en 1971 que el dibujo espontáneo de un niño nos revela muchos aspectos del desarrollo de un niño, porque, además de su nivel intelectual y su modo de percepción de lo real, nos muestra de modo particular su vida afectiva.

Si observamos niños pequeños comprobaremos la necesidad de plasmar, con diversas materias colorantes formas y colores más o menos definidos. El placer de dibujar, pintar y dejar huellas no requiere ninguna motivación. Actualmente hay un acuerdo generalizado de que para el niño dibujar, en su sentido más amplio, es una necesidad vital. Necesidad lúdica, expresiva, reflexiva en ocasiones, impulsiva y motórica en otras, comunicativa... Es la necesidad de exteriorizar deseos de diversa índole, de expresarse de forma tangible. Dibujar constituye un proceso constante de asimilación y proyección. Permite captar a través de los sentidos una gran información, integrarla con el propio Yo a fin de dar una nueva forma a sus necesidades.

La capacidad expresiva de un niño a través del dibujo ha motivado su estudio desde perspectivas diferentes y desde interpretaciones diversas. No obstante, existe un acuerdo en aceptar su capacidad de expresión no verbal, de expresión de aspectos cognitivos y emocionales y su capacidad terapéutica. La edad siempre es una variable mediadora en esta expresión; de ahí la importancia de incorporarla en los estudios sistematizados y de conocer las etapas evolutivas del mismo.

En este capítulo se analiza en primer lugar el dibujo desde la perspectiva evolutiva. Posteriormente se profundiza en su valor diagnóstico, describiendo algunos instrumentos de evaluación que utilizan metodológicamente el dibujo (tests gráficos) como instrumento de evaluación de la inteligencia, la personalidad y el contexto familiar. Finalmente se analizará el papel que puede desempeñar en la terapia infanto-juvenil.

2. EL DIBUJO COMO EXPRESIÓN DEL DESARROLLO MADURATIVO: ETAPAS EVOLUTIVAS

La opinión generalizada de los que han estudiado el dibujo infantil coincide en considerar que su expresión es acorde con el nivel intelectual o desarrollo madurativo mental del niño. Numerosos autores han investigado de forma sistemática el proceso de cambio en la

realización de las producciones gráficas de los niños y su relación con los progresos madurativos expresados en los mismos (Luçart, 1984; Luquet, 1978; Goodenough, 1926; Harris, 1963/1982; Goodnow, 1979; Koppitz, 1974; Lowenfeld y Lambert, 1980; Machón, 2009; Pont, 2014; Widlöcher, 1971).

Para trabajar con niños en el campo diagnóstico y/o terapéutico y estudiar sus diferentes formas de conducta es necesario conocer las etapas evolutivas por las que atraviesa, que suponen cambios significativos derivados de la edad y el crecimiento. Desde hace varias décadas algunos investigadores han estudiado la evolución del grafismo en el niño, categorizando y caracterizando etapas. Lowenfeld y Lambert (1980) identifican cinco grandes etapas desde los 2 hasta los 14 años: garabateo (de 2 a 4 años), pre-esquemática (de 4 a 7 años), esquemática (de 7 a 9 años), realista (de 9 a 12 años) y la pseudonaturalista (de 12 a 14 años). Machón (2009) categoriza cuatro etapas en la evolución del dibujo hasta los 10 años: el período de la «informa» o del garabateo o el período de la acción (1-3 años), el período de la forma o de la representación gráfico-simbólica (3-4 años), el período de la esquematización y de los comienzos de la representación figurativa (de 4 a 7 años), y el período del realismo subjetivo o comienzo de la narración gráfica (8-10 años). Y Pont (2014) propone secuencias evolutivas del dibujo que reflejan niveles de maduración gráfica: los primeros años, de los 3 a los 5 años, de los 5 a los 6 años, y de los 7 a los 8 años.

Con la finalidad de clarificar la evolución que cursa el dibujo a lo largo de las etapas, tomando como referencia las clasificaciones de diversos autores (Lowenfeld y Lambert, 1980; Pont, 2014; Machón, 2009; Widlöcher, 1971), especialmente uno de los trabajos más relevantes realizados (Lowenfeld y Lambert, 1980), se ha llevado a cabo una síntesis de estas contribuciones que se describe a continuación. No obstante, cabe enfatizar que la amplitud de diferencias individuales puede ser extensa, por lo que estas pautas de desarrollo evolutivo se han de tomar de forma orientativa.

2.1. Etapas evolutivas en el desarrollo del dibujo infantil

2.1.1. Etapa del garabateo. Los comienzos de la autoexpresión. De los 18 meses a los 4 años

Los garabatos tienden a seguir un orden bastante predecible. Comienzan con trazos desordenados en un papel y continúan gradualmente evolucionando hasta convertirse en dibujos con cierto contenido reconocible para un adulto. La experiencia del garabateo es principalmente una actividad motriz: 1) movimientos kinestésicos, 2) control visual de estos movimientos, y 3) relación entre las líneas y el mundo exterior. Dentro del período del garabateo se pueden diferenciar varias etapas (tabla 4.1).

TABLA 4.1
Etapas en la fase del garabateo

18 meses: garabateo desordenado	Se caracteriza por movimientos grandes y sin control, eje de movimiento en el hombro y extensión de todo el brazo. Etapa kinestésica. Los primeros trazos no tienen sentido, siendo movimientos amplios que el niño realiza al azar. Emplea distintos métodos para sostener el lápiz y a menudo mira hacia otro lado mientras realiza los trazos. No hay intención de representación, pero trazar líneas le resulta agradable, le produce placer.
2 años: garabateo controlado	Se caracteriza por movimientos más reducidos, con coordinación óculo-manual y el eje de movimiento está en el codo. Seis meses después de iniciar el garabateo descubre que hay una vinculación entre sus movimientos y los trazos que ejecuta en un papel.
2 años y medio: garabateo circular	Se caracteriza por movimientos circulares, situándose el eje en la muñeca. El descubrimiento de la conexión entre el movimiento y los trazos estimula al niño y lo induce a variar sus movimientos y trazar líneas horizontales, verticales y circulares. Es capaz de copiar un modelo. A los 3 años puede copiar un círculo, pero no un cuadrado. Al placer táctil y kinestésico se le suma su interés visual por las conquistas gráficas que va obteniendo. Aparecen reiteraciones de trazos: circulares, líneas cortadas, puntos, etc., con centros de intersección. Controla los espacios gráficos, aunque a veces, por el entusiasmo, excede los límites del soporte. Se reconoce autor por los trazos.
3 años y medio: garabateo con nombre	Búsqueda de nuevas formas. Comienza a dar nombre a sus garabatos, aún no reconocibles (puede ser que diga «ésta es mamá», o «éste soy yo», aunque en el dibujo no se pueda reconocer ni a la madre ni a él). Se produce un tránsito del pensamiento kinestésico al imaginativo y simbólico. Aunque los dibujos no muestran grandes cambios, ahora se inicia la intención, pues empieza con alguna idea sobre lo que va a hacer. Los garabatos son ahora mucho más elaborados y en algunas ocasiones descubre ciertas relaciones entre lo que ha dibujado y el ambiente, parecidos que sólo existen para él. Estos garabatos no son significativos para el adulto, pero sí para el niño que los hace. Esta actitud de dar nombre a los garabatos es muy significativa, pues es indicio de que el pensamiento del niño ha cambiado. La cantidad de tiempo que un niño le dedica ahora al dibujo aumentará y los garabatos serán mucho más diferenciados. Los trazos pueden estar bien distribuidos por toda la página y a veces estarán acompañados por una descripción verbal de lo que está haciendo. En esta etapa: 1) ejecuta formas cerradas, generalmente circulares y trazos sueltos que asocia con objetos de la realidad, dándoles así un nombre; 2) hay intención representativa, aunque un adulto no pueda reconocer el objeto representado; 3) a veces anuncia qué es lo que hará antes de comenzar, y muy a menudo cambia de nombre mientras trabaja o cuando ha terminado, y 4) usa el color con criterio subjetivo para reforzar el significado de las formas.

El significado del color en la etapa del garabateo. La experiencia del garabateo es principalmente una actividad motriz, y por consiguiente el color desempeña un papel secundario en esta etapa. Algunas veces la elección del color puede apartar la atención del niño de los garabatos en sí, y concentrarla en la actividad de jugar con los colores. Inicialmente el lápiz negro sobre el papel blanco resulta preferible a la hora de buscar el contraste deseado. Sólo cuando el niño entra en la etapa de dar nombre a sus garabatos desea realmente emplear diferentes colores para significados diferentes. Se ha intentado relacionar el color empleado y el comportamiento del niño, pero en esta etapa el color como parte del proceso del garabateo en la pintura es principalmente exploratorio, y el uso de ciertos colores puede estar vinculado más íntimamente con la distribución física y disponibilidad de los colores que con aspectos emocionales del niño. El empleo y manejo de los colores es más exploratorio y mecánico que una respuesta emocional, como sí que ocurrirá con adolescentes o adultos.

2.1.2. Etapa pre-esquemática. Primeros intentos de representación. De los 4 a los 7 años

Esta etapa se caracteriza por la creación consciente de la forma. El niño, en sus dibujos, empieza a crear intencionalmente ciertas formas que tienen alguna relación con el mundo que le rodea. Es el comienzo real de una comunicación gráfica y de un proceso mental ordenado. Al principio no se distingue de los garabatos, pero progresivamente, por yuxtaposición, inclusión y combinaciones diversas de estos elementos, aparece una proliferación de formas reconocibles con el objeto que desean representar: persona, casa, montes, animales, coches...

Los dibujos pre-esquemáticos pueden definirse como el resultado de la evolución de un conjunto indefinido de líneas hacia la configuración representativa definida. Hacia los 4 años el niño comienza los primeros intentos conscientes para crear símbolos que tengan un significado, y, aunque son la progresión lógica de la etapa anterior, tienen su fundamento en la relación significante vivida por el niño.

Entre las características de esta etapa se pueden mencionar: 1) aparecen representaciones comprensibles para el adulto; 2) habitualmente, la primera representación que dibuja es la figura humana, en forma de renacuajo que progresivamente se va haciendo más elaborada; 3) paulatinamente aparecen objetos de interés para el niño; 4) cambia muy a menudo la forma de representar un mismo objeto; 5) el niño se concentra en representar las formas, teniendo el color un interés secundario; 6) coexisten objetos reconocibles con formas incomprensibles (garabatos), y 7) los dibujos son muy elementales.

En esta etapa está buscando lo que posteriormente va a ser su esquema personal, y por eso se perciben cambios constantes de formas simbólicas, ya que cada individuo tiene su particular forma de expresar los elementos cotidianos, como la figura humana, animales.... Los trazos van perdiendo su relación directa con los movimientos corporales característicos de la etapa anterior, siendo ahora controlados y refiriéndose a objetos visuales.

Estos dibujos pre-esquemáticos son un testimonio del proceso mental del niño y proporcionan claves sobre lo que es importante en la vida de éste. El tamaño de los objetos, los objetos que selecciona y la forma en la que los ubica en el folio están condicionados en gran medida por los juicios de valor que hace. En general, cuantos más detalles se encuentran en el dibujo mayor será la conciencia que el niño ha tomado del mundo que le rodea. El grado de diferenciación del dibujo informa del progreso intelectual del niño.

TABLA 4.2
Trasformaciones del dibujo durante la fase pre-esquemática

4 años	Los movimientos evolucionan hacia formas reconocibles y el primer símbolo es el hombre. Se le suele denominar «monigote», «cabezudo», «cabeza-pies» o «renacuajo».
5	Se observa la búsqueda de nuevos conceptos de representación, aunque las figuras y objetos se ubican al principio sin orden y con grandes variaciones de tamaño. A partir de los 5 años se produce una evolución de las formas a una realidad más concreta, ordena el espacio en el papel de forma más lógica, y utiliza el final del folio como línea base.

años	Generalmente, la primera figura lograda es la humana. Ésta se constituye por yuxtaposición, inclusión y combinación de trazos ya dominados con anterioridad.
6 años	Realiza dibujos claramente distinguibles y con un tema. La importancia de la representación humana es fundamental durante toda la infancia. A los 6 años trazará un dibujo bastante elaborado de la figura humana.
7 años	Habrá establecido cierto esquema de la figura humana.

El significado del color en la etapa pre-esquemática: En cuanto a la elección del color, los niños de esta etapa están menos interesados en el cromatismo que en la forma. En esta etapa hay mayor interés por las relaciones entre el dibujo y el objeto, que entre el color y el objeto. Al haber descubierto su habilidad para trazar estructuras que él elige, se deja dominar por esta circunstancia. El uso del color le genera placer, aunque no intenta adecuarlo a la realidad. Hay poca relación entre los objetos que pinta y su color real. La relación es más sentimental; probablemente elija su color favorito para representar a su madre, y un color marrón para un tema triste. Durante la etapa de los primeros ensayos de representación se despierta más interés y entusiasmo a través de la relación entre el color elegido para pintar un objeto y el objeto representado; así pues, un hombre puede ser rojo, azul, verde o amarillo, según como hayan impresionado los colores al niño. El uso del color a esta edad es una experiencia cautivante. Aunque el niño no desee establecer una determinada relación exacta del color, puede disfrutar, y generalmente lo hace, usando el color a su gusto.

2.1.3. Etapa esquemática. La obtención del concepto de la forma. De los 7 a los 9 años

Después de mucha experimentación, el niño llega a formarse un concepto definido del hombre y su ambiente. Aunque cualquier dibujo podría considerarse un esquema o símbolo de un objeto real, Lowenfeld y Lambert (1980) entienden por esquema el concepto al cual ha llegado un niño respecto de un objeto, y que repite continuamente mientras no haya alguna experiencia intencional que influya sobre él para que lo cambie. La diferencia entre el uso repetido de un esquema y el empleo de estereotipos consiste en que el primero es flexible y permite variaciones y desviaciones, mientras que las repeticiones estereotipadas son exactamente iguales. En su proceso de pensamiento, el niño utiliza sus imágenes mentales referidas a los objetos que le rodean. El dibujo que realiza es el símbolo de esa imagen mental que representa el objeto. Su producción artística es una indicación de la información que recibe y de la forma en que interpreta y comprende esa información. El esquema representa el concepto que el niño se ha formado a través de su experiencia y demuestra su conocimiento activo de un objeto. A través de los cambios en éste el niño muestra su experiencia particular. Sin embargo, el desarrollo de un esquema lleva tiempo.

Como características de la etapa se pueden destacar: 1) desarrolla un concepto definitivo

de la forma; 2) comienza a captar la interrelación de las partes del objeto que pinta; 3) los dibujos van a estar más cercanos a la realidad, aunque pueden permanecer representaciones esquemáticas; 4) sus dibujos simbolizan partes de su ambiente de forma descriptiva; 5) emerge la necesidad de cargar la hoja de detalles, comenzando a incluir detalles decorativos, y 6) el color es objetivo y genérico.

El esquema se refiere tanto a las personas como al espacio y los objetos. Es de esperar que a esta edad logren representar un esquema humano con sus detalles característicos que para el adulto resulten fácilmente reconocibles.

TABLA 4.3
La figura humana y el espacio en la fase esquemática

La figura humana	El esquema humano describe el concepto de una figura al que el niño ha llegado después de mucho experimentar. En las primeras representaciones dibujará la figura humana de diferentes maneras, pudiendo variar esta representación de un día a otro. Sin embargo, cuando se acerca a un concepto de la forma, desarrolla gradualmente un símbolo para representar al hombre, repitiéndolo continuamente mientras no se produzca una experiencia particular que le obligue a cambiar de concepto. Entre los 7 y los 9 años se perfila la evolución hacia una representación gráfica más objetiva. Ésta se manifiesta por la creciente importancia que adquieren los detalles en los dibujos. La figura de un hombre realizada por un niño de 7 años tiene que ser un símbolo fácilmente reconocible. El niño dibujará las diferentes partes del cuerpo según sea el conocimiento activo que tenga del mismo. No solamente
La figura humana	habrá cabeza, cuerpo, brazos y piernas, y también se encontrarán otros rasgos. Los ojos serán diferentes de la nariz, y ésta de la boca, y también le hará cabello e incluso cuello. Puede agregar ropa e incluye formas distintas para manos y pies. Está bien claro que en el esquema humano el niño no está tratando de copiar una forma visual, sino que ha llegado al concepto que tiene mediante la combinación de muchos factores: proceso mental, toma de conciencia de sus propios sentimientos y el desarrollo de su sensibilidad perceptiva. Aun admitiendo que hay mucha variación entre lo señalado por diversos investigadores en relación a la edad en la que se alcanza el realismo visual, para un individuo dado, este período de dibujo está marcado por la renuncia a los esquemas estereotipados como modo de representación gráfica, por el firme propósito de asemejarse a la apariencia visual, aun cuando diversos obstáculos impidan realizar plenamente esa intención. No obstante, y aunque no haya una edad determinada para la formación del esquema, ésta se fija aproximadamente en los 7 años.
El espacio	El principal acontecimiento de esta etapa es que el niño *descubre que existe cierto orden en las relaciones espaciales.* Ya no piensa en objetos aislados, sino que establece relaciones entre los elementos y se considera a sí mismo como una parte del entorno. Esta evolución se expresa por la aparición de la «línea de base». Al principio el niño colocará todo en el borde inferior de la hoja de papel, pero posteriormente dibujará una raya para simbolizar la base sobre la que se encuentran los objetos. En contrapartida a la línea base aparece la línea del cielo, trazada en la parte superior del dibujo, y el espacio intermedio entre ambas líneas significa el aire. La utilización de dos líneas base supone un desarrollo mayor y es un paso hacia la perspectiva. Durante la evolución de esta etapa el niño inventa procedimientos espontáneamente con los que consigue representar temas sugeridos o de interés personal. El más simple de estos procedimientos consiste en destacar, bajo diversas formas, alguno de los detalles en el dibujo, que se confunden y enmascaran más o menos en la realidad, y a continuación establecer entre ellos una discontinuidad. Para graficar una señora con el bolso colgando desde el hombro necesitan que la correa que lo sitúa sobre el mismo se visualice separada de él, dejando un espacio libre entre la correa de la que pende el bolso y el hombro que la sustenta. Otro procedimiento relativamente simple para poner en evidencia los elementos invisibles de un objeto es la transparencia: el niño representa al mismo tiempo el interior y el exterior, sin buscar combinar lógicamente las dos representaciones, lo que permite visualizar las piernas por debajo de las faldas de una señora. Más complicado es el procedimiento que se aplica a la representación de las nociones de espacio y tiempo. El

	espacio topológico, el llamado «abatimiento», comienza como un intento de representar la distancia espacial o perspectiva. Así, por ejemplo, los árboles a lo largo de un camino los representan tumbados, «abatidos». Igual ocurre con la utilización de la línea de base o cielo. Entre ellas se sitúan los objetos, representando en la hoja del papel la distancia o lejanía a través de la ubicación en la parte inferior (cerca) o superior (lejos). El tiempo es graficado utilizando igualmente la hoja de papel para marcar la sucesión. Izquierda suele representar «antes de», el centro «el momento presente» y la derecha «lo que ocurre finalmente». La utilización de viñetas, historias narrativas, etc., son propias de estas edades evolutivas.

El significado del color en la etapa representativa. En esta etapa el niño descubre que hay relación entre el color y el objeto. Elige un color para cada objeto y siempre repite el mismo. El color ha dejado de ser absolutamente afectivo, como lo era en etapas anteriores, y aunque ciertos objetos son pintados con colores comunes para todos los niños, como el cielo azul o la hierba verde, cada niño desarrolla sus propias relaciones de color.

2.1.4. Etapa del realismo. La edad de la pandilla. De los 9 a los 12 años

Es necesario recordar que los progresos se efectúan por gradaciones casi insensibles, con la existencia de períodos de estancamiento e incluso de regresión. Un rasgo sobresaliente de esta etapa del desarrollo es el descubrimiento que hace un niño de que es un miembro de la sociedad. En esta edad se observa un creciente desarrollo de la independencia social del Yo respecto de la dominación de los adultos. Va tomando progresiva conciencia de su mundo real, un mundo lleno de emociones, pandillas, planes, recuerdos, un mundo real que le pertenece y del que forma parte.

TABLA 4.4
La figura humana, el espacio y los temas en la etapa del realismo

La figura humana	En esta etapa se produce una evolución del esquema a la diferenciación, de la representación esquemática a la caracterización de los objetos. El esquema ya no es adecuado para representar la figura humana durante este período. El concepto de figura humana, como se expresaba en la etapa esquemática, era una expresión generalizada del hombre. La generalización esquemática ya no le sirve. Ahora, por ejemplo, está interesado en expresar características vinculadas al sexo (por ejemplo, pantalones en los chicos y faldas en las chicas, con mayor nivel de detalle que el que aparecía en la etapa anterior). El niño va encaminándose hacia otra forma de expresión más estrechamente ligada con la naturaleza y la diferenciación dentro de la misma. Ahora desarrolla una mayor conciencia visual, y ya no emplea el recurso de la exageración, omisiones y otras desviaciones para expresarse. Aunque a los 9 años algunos niños todavía exageran el tamaño de la figura humana, el empleo de dicho recurso tiende a desaparecer durante esta etapa del desarrollo. Empieza a emplear otros medios de expresión para acentuar algo, tales como una acumulación de detalles en aquellas partes que son emocionalmente significativas para él. La mayor toma de conciencia respecto a los detalles, y el mayor interés que experimenta por ellos en esta etapa del desarrollo, pueden llevar al niño a dibujar la mano izquierda distinta de la derecha. Esta preocupación por los detalles puede, a veces, hacer que el «todo» parezca distorsionado. La capacidad de romper el esquema, y de reconocer detalles particulares relacionados con el Yo y con el ambiente, es una de las características de estas edades. Progresivamente se aparta de la representación esquemática, y comienza a caracterizar los objetos, lo que evidencia su desarrollo intelectual.

El espacio	En esta etapa se aleja progresivamente de lo concreto y comienza a manejar conceptos abstractos. Se observan cambios en los procedimientos, desaparecen las transparencias, se descubre el plano, y la evolución se dirige hacia la toma de perspectiva. Al examinar en su sucesión cronológica los dibujos de un mismo niño, se observa una desaparición gradual de los procedimientos utilizados en la etapa anterior. Progresivamente la transparencia es sustituida por la opacidad, es decir, la supresión en el dibujo de los detalles que objetivamente son invisibles. El abatimiento y el cambio de punto de vista son reemplazados lentamente por el descubrimiento del plano. No hay una única línea de base, sino varias, llenando el espacio entre ellas y dimensionando los elementos con tamaños más proporcionados. Descubre paulatinamente el sentido de la superposición de los elementos y del horizonte. Avanza progresivamente hacia la perspectiva. Estas adquisiciones no se hacen de golpe. La perspectiva que aplica a sus dibujos, al no ser el resultado de una observación inmediata, se debe a recuerdos visuales, a veces lejanos del objeto representado, y, en consecuencia, no llega a una síntesis coherente.
Los temas	Los temas que suscitan interés cambian en función del sexo. Los niños prefieren dibujos de acción, automóviles, escaladas, partidos de fútbol y guerras espaciales. Las niñas grafican más figuras humanas, temas paisajísticos, animales y situaciones de la vida familiar. El movimiento para ambos pasa a ser un elemento primordial del dibujo.

El significado del color en la etapa del realismo. Existe una gran coherencia en la forma en que los niños cambian su expresión. El niño evoluciona desde una rígida relación color-objeto de la etapa anterior a una caracterización del color, donde puede evidenciar una capacidad para expresar distintos matices de un color, lo que pone de relieve un incremento de su sensibilidad visual. El niño goza con los colores, y ahora es capaz de una mayor sensibilidad hacia las diferencias y semejanzas.

2.2. Aportaciones actuales al desarrollo evolutivo del dibujo

Aun cuando el trabajo de Lowenfeld y Lambert (1980) (que se ha tomado en gran medida como referencia para la descripción evolutiva previa) ha sido uno de los más relevantes, y su clasificación es una de las más precisas y elaboradas, en los últimos años otros trabajos (Machón, 2009; Pont, 2014) han observado y descrito las etapas de evolución del dibujo.

Como consecuencia de los notables cambios ocurridos a nivel cognitivo infantil, a raíz de las transformaciones socioculturales y educativas de los últimos años (avance en la escolarización, introducción en el mundo del niño de la imagen y la mayor atención que la escuela ha otorgado al dibujo), las etapas del desarrollo gráfico parecen haber sufrido cambios cronológicos, adelantándose ligeramente, a tenor de diversas investigaciones realizadas al respecto (véase Machón, 2009).

Por ello, de forma sintética y a modo de cierre de este apartado evolutivo, se presenta un esquema de las recientes sistematizaciones de Machón (2009), que ordena el desarrollo gráfico infantil de 1 a 10 años (véase tabla 4.5), y de Pont (2014), que describe secuencias evolutivas del dibujo reflejo de la maduración gráfica desde los 6 meses hasta los 8 años (véase tabla 4.6).

TABLA 4.5
El desarrollo gráfico infantil de 1 a 10 años (Machón, 2009)

Edad (años)	Desarrollo gráfico-formal	Desarrollo representacional	La representación humana	La representación del espacio
1-3	**El período de la «informa»** Pre-garabato (0,11-1,04) Etapa del garabato incontrolado (1,05-1,08) Etapa del garabato coordinado (1,09-2,07) Etapa del garabato controlado (2,08-3,02)	Representaciones gráfico-motrices (El garabateo o el período de la acción).		I. El espacio gráfico. Ausencia de la noción de espacio. Adquisición de la noción de espacio gráfico. Independencia del grafismo y del espacio.
3-4	**El período de la forma**	La representación gráfico-simbólica.		
	Etapa de las unidades (3,03-3,08)	El símbolo gráfico.	El círculo (el Yo psíquico). La célula (el Yo psicobiológico).	
	Etapa de las operaciones (combinaciones) (3,09-4,02)	El ideograma.	El renacuajo (el Yo psicofísico).	II. El espacio topológico.
4 a 7	**El período de la esquematización**	Los comienzos de la representación figurativa.		
	La etapa pre-esquemática (4,03-5,02)	El pre-esquema.	El monigote (el Yo físico).	III. El espacio topográfico.
	Etapa esquemática (5,03-7)	El esquema.	El esquema humano (la figura humana completa).	IV. El espacio frontal o alzado.
8-10	**El período del realismo subjetivo**	Comienzo de la narración gráfica.	Comienzo de la caracterización (el cuerpo dinamizado).	V. El espacio escenográfico.

TABLA 4.6
Secuencias evolutivas del dibujo reflejo de la maduración gráfica (Pons, 2014)

6 meses-3 años	A partir de los 6 meses, la mano ya es dirigida hacia los objetos presentes para manipularlos. El ojo tratará de guiar la mano y, progresivamente, estará en condiciones de agarrar un lápiz y hacer rayas. En los orígenes del dibujo infantil el niño sólo tiene la intención del movimiento rudimentario sobre el papel, derivando el placer de la sensación kinestésica y de dominio que va ganando con los movimientos. La producción es confusa e irreconocible. A los 15 meses dibuja garabatos sin ningún sentido, su intencionalidad es gesto-motora y su interés está en la impresión-huella que produce. No existe aún una relación integrada entre movimiento, trazo y figura. Progresivamente irá encontrando sentido y similitudes entre sus garabatos y lo que ve en la realidad, y a los 18 meses ya le saldrá la línea vertical (vestigio del cuerpo erecto). Progresivamente, irá desarrollando la imagen corporal. Al dibujar la imagen, el niño alrededor de los 2-3 años descubre cómo poder recrearla y retenerla mediante dibujos. Poco a poco va teniendo conciencia de ser «distinto» al entorno. Es cuando va surgiendo el garabato coordinado. La conquista de la identidad señalará la presencia de unidades, especialmente circulares cerradas

	que darán lugar a la primera imagen humana, «el renacuajo», propia del niño de 3 años.
3-5 años	La expresión del círculo como imagen primitiva se relaciona con la coordinación resultante del mayor desarrollo del sistema nervioso. En este momento es capaz de dibujar un círculo con palos o renacuajo (la cabeza y las piernas), manifestando ya intentos de control visomotor. Existe ya significación e intencionalidad en lo que hace. El renacuajo es universal, pues lo dibujan todos los niños en todas las culturas, lo que sugiere procesos genético-formales y una base psicobiológica subyacente y común a todos los seres humanos. Se produce una transición del pensamiento kinestésico anterior, representado por los movimientos, a un pensamiento imaginativo, representado por las formas. Se presenta el dibujo propiamente dicho con una intención figurativa (fase pre-esquemática), ya que el niño irá diferenciando progresivamente el espacio de la realidad interna. El garabato finaliza cuando los intereses motores ceden protagonismo a los visuales, como ocurre al final del tercer año de vida (final de la etapa pre-esquemática), cobrando entonces las formas protagonismo (a los 4 años). Aproximadamente a los 4 años ya podrá realizar
3-5 años	una cruz (representativa de la figura erecta con los brazos) y a los 5 podrá dibujar un cuadrado (el cefalópodo adquiere tronco y adiciones, y podrá completar la imagen del cuerpo con cabeza, tronco, extremidades, representando rasgos faciales y agregado progresivo de partes corporales). El niño poco a poco va encontrando analogías vagas entre alguno de sus trazos y algún objeto real, siendo entonces cuando se considera ya una representación del objeto. Muchas veces dibuja y va atribuyendo significación al resultado, de forma improvisada. En las representaciones incipientes el niño dibuja lo que sabe (realismo intelectual) antes que lo que ve (realismo visual), estableciéndose cierta lucha interna entre lo que quiere dibujar y los medios gráficos limitados de los que aún dispone. Los temas dominantes son la casa, el sol, las nubes, los vehículos (especialmente en niños) o las flores (en las niñas). Las imágenes más frecuentes son la casa, el sol y el árbol.
5-6 años	Entre los 5 y los 6 años el niño alcanza la representación total del cuerpo completo, pareciendo haber logrado ya los recursos básicos de la representación humana, pues los esquemas han conseguido un nivel de icono que les hace reconocibles para los demás (monigotes con y sin tronco). Utilizarán más las generalizaciones cromáticas, según lo ven en el mundo real (copa del árbol verde, tronco marrón...). Al no haber establecido aún en esta etapa la relación de dependencia entre espacio y tiempo, el niño puede representar en un mismo dibujo secuencias temporales distintas, correspondiéndose el tiempo del dibujo con el tiempo real. Lo primordial de este espacio será la aparición del plano vertical en las figuras (imponiéndose la ley de la gravedad), a diferencia de las combinaciones anteriores con figuras que presentan tumbadas.
7-8 años	A medida que el niño crece, avanza su saber, y este saber se refleja en el dibujo. Entre los 7 y los 8 años desaparece la adición en la construcción de imágenes propia de la esquematización, y aparecen los contornos y las siluetas, las figuras pierden rigidez y estatismo de la etapa anterior, presentando mayor flexibilidad en sus actitudes y posturas (comienzo del realismo). Le interesan los animales, los trenes, las pelotas..., pero lo que destaca fundamentalmente es la figura humana (dibuja a los familiares-padres, hermanos...). Los miembros corporales empiezan a mostrar el movimiento que exigen sus funciones (coger, saltar, correr, gesticular...). El sentido estético y la tendencia decorativa en las personas, paisaje, ornamentación de las casas, decoración de vestidos, etc., aparecen antes y son más enfatizados en las niñas que en los niños. A los 6-7 años podrá dibujar un rombo, apareciendo a esta edad la diferencia de sexos y el realismo infantil, con intentos iniciales de trazar el perfil, que derivan hacia una presentación mixta y finalizando en una orientación correcta del perfil, que constituye el preludio para la representación del movimiento.
Desarrollos posteriores	La etapa óptima del dibujo se llega a alcanzar aproximadamente entre los 11 y los 12 años, edad en la que se desarrolla el pensamiento abstracto. Una representación espacial completa, con tridimensionalidad, se logra generalmente en la adolescencia (cuando se consigue el tamaño reducido de los objetos distantes). Si un niño encuentra un ambiente familiar y escolar estimulante podrá llegar a expresar, con su dibujo, su vocación narrativa (realismo subjetivo), sus vivencias, sus emociones y sus miedos, constituyendo este instrumento un excelente puente mediador para su integración personal.

Como ejemplo ilustrativo de la evolución del dibujo de la figura humana se ha elaborado un Anexo en el que se puede observar la secuencia evolutiva de dibujos de niños de 2 a 12 años, que evidencia las etapas de desarrollo descritas en este apartado.

3. EL DIBUJO COMO INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO: LA EVALUACIÓN MADURATIVO-MENTAL Y LA EVALUACIÓN EMOCIONAL

Tomando como base el análisis evolutivo del dibujo, realizado previamente, en segundo lugar se analiza la evolución de los trabajos que han considerado que el dibujo de la figura humana es un instrumento de evaluación del desarrollo madurativo-intelectual y la personalidad. El dibujo tiene un gran valor diagnóstico, porque es un medio de comunicación y de expresión de la personalidad, lo que ha dado lugar al desarrollo de instrumentos que evalúan la personalidad mediante la realización de dibujos como son la casa, el árbol o la figura humana. Finalmente, en este apartado se clarifican algunos test gráficos que con mayor frecuencia se utilizan en el ámbito de la clínica infanto-juvenil para evaluar la inteligencia, la personalidad y el contexto familiar.

3.1. Evolución de los trabajos que evalúan el desarrollo madurativo-intelectual y la personalidad a través del dibujo de la figura humana

Numerosos psicólogos, desde distintos marcos epistemológicos, han considerado que existe una correspondencia entre el desarrollo cronológico-evolutivo del dibujo y la adquisición de las funciones del pensamiento por parte del niño (que se da desde el nivel sensoriomotor al pensamiento abstracto).

En 1926 Florence Goodenough establecía las bases de un test de inteligencia apoyándose en el dibujo de la figura humana (DFH). La hipótesis de trabajo sobre la que la autora parte se sustenta en el supuesto de que, cuando un niño dibuja una persona, no dibuja lo que ve sino lo que sabe a su respecto, no efectuando un trabajo estético sino intelectual. La derivación psicométrica de este hecho descansa en efecto sobre un sistema de puntuación que tiene en cuenta todos los detalles y todos los elementos que el niño hace figurar en su dibujo, correlacionando los resultados con la escala de Stanford-Binet (0,93). Las investigaciones realizadas han constatado repetidamente que un dibujo rico en detalles adecuados proviene de un niño con elevada capacidad intelectual. Debido a ello, las investigaciones focalizadas preferentemente en el DFH (Deaver, 2009; Eno, Elliot y Woehlke, 1981; Flanagan y Motta, 2007; Goodenough, 1926; Harris, 1963/1982; Di Leo, 1978; Koppitz, 1974, 1991; Naglieri, 1988; Ozer, 2009; Rueda y Sisto, 2006; Sisto, 2000; Wechsler, 2000) se han basado en el «esquema» que permite que un objeto se reconozca como tal, y en los «detalles» que se incluyen en el mismo y lo diferencian de cualquier otro. La síntesis de «esquema + detalles» logra una representación más rica o pobre de la figura humana, y puede indicar un

funcionamiento mental más maduro o inmaduro de la persona que lo ha realizado.

Posteriormente, otras revisiones parecen confirmar lo mismo, sin que haya evidencia absoluta entre algunos indicadores evolutivos y la inteligencia (Abell, Wood y Liebman, 2001; Ter-Laak, de Goede, Aleva y Van-Rijswijk, 2005; Tressoldi, Barilani y Pedrabissi, 2004). La mayoría de los autores han comprobado que determinados indicadores madurativos son evolutivos, y proponen que sólo éstos deben ser considerados objeto de evaluación madurativo-mental. Parece confirmarse de forma sistemática que la producción gráfica de los niños va sufriendo un proceso de cambio en función de la edad. Ya desde los primeros estudios sobre dibujo (Debienne, 1979; Eno, Elliot y Woehlke, 1981; Luquet, 1978; Martínez y Delgado, 1983, 1984; Osterrieth, 1977; Valdés, 1979), se vio que un dibujo rico en detalles era propio de niños con un alto potencial intelectual y viceversa. En el momento actual, la capacidad predictiva de esta prueba ha sufrido un cambio evidente. Es más seguro afirmar que un niño con un dibujo pobre en detalles tenga posiblemente problemas de inteligencia o emocionales que a la inversa, es decir, confirmar que un dibujo rico en detalles pronostica un buen nivel intelectual (Abell, Wood y Liebman, 2001; Claride y Scafati, 1981; Maganto y Garaigordobil, 2009; Sisto, 2000; Tressoldi et al., 2004; Wechsler, 2000).

Las investigaciones que se han basado en el desarrollo evolutivo del dibujo y han adoptado un punto de vista psicométrico parece que han comprobado la posibilidad de evaluar la madurez mental del niño, es decir, que se pueden lograr indicadores en el dibujo, reflejo de la calidad gráfica, que sugieren el nivel madurativo-mental. En consecuencia, para poder establecer las bases de la corrección evolutiva del dibujo infantil es necesario conocer cuál es, en función de la edad, la prevalencia de detalles o ítems evolutivos. Por ello, los estudios hechos en torno a la expresión del DFH se han centrado en el esquema básico que el niño estructura y que permiten identificar el objeto dibujado. Además, agregan detalles a ese esquema básico para conseguir la estructura reconocible como figura humana (Abell, Wood y Liebman, 2001; Aubin, 1974; Franco, Karp y Schottenbauer, 2005; Maganto y Garaigordobil, 2009; Naglieri, 1988; Sisto, 2000; Ter Laak, de Goede, Aleva y Van-Rijswijk, 2005; Valdés, 1979; Wechsler, 2000). La síntesis «esquema + detalles» es lo que hace una imagen más o menos rica, y el dibujo puede señalar el funcionamiento más o menos maduro del niño.

Pero las reservas que suscita este sistema de evaluación y las modificaciones posteriores están en la línea de si el DFH mide exclusivamente el desarrollo de las aptitudes gráficas vinculadas con la inteligencia del niño. El dibujo de la figura humana no depende solamente del esquema corporal y de las aptitudes motrices y mentales, sino que también el modo de ser del niño se expresa en él. Esta afirmación pone de relieve lo que ya había observado Goodenough (1926). No obstante, más preocupada por los aspectos cognitivos, esta autora, aun señalando la potencialidad del test como material proyectivo, no lo desarrolla como tal. Sin embargo, ella observó que el niño exagera el tamaño y los ítems que considera importantes, y subordina u omite otros de acuerdo con sus necesidades e intereses. La evaluación del DFH en aquel momento quedó circunscrita al desarrollo madurativo-mental.

Hacia 1940 la influencia del psicoanálisis amplió y completó el estudio del DFH,

produciéndose un cambio significativo en la valoración del mismo y proliferando otros tests gráficos con esta orientación. Las observaciones que venían realizando los psicoanalistas sobre el dibujo en general, y sobre la figura humana en particular, crean las bases sobre las que se formuló el test del DFH en primera línea de la batería de tests proyectivos. Su impulsora, Machover, inicia sus investigaciones en 1934, y tras 15 años de trabajo publicó en 1949 y 1953 sus aportaciones y conclusiones sobre el Test de la figura humana.

La hipótesis de Machover (1949, 1953, 1974) se asienta en la afirmación de que el niño dibuja lo que siente, más que lo que ve o lo que sabe, convirtiéndose la prueba en un estudio de la personalidad. En la interpretación de la misma, Machover tiene en cuenta el comportamiento del niño y la descripción del dibujo, y define una serie de ítems, unos «formales» (tamaño, ubicación, trazo...), basados en las aportaciones de los trabajos de investigación sobre el movimiento expresivo, y otros de «contenido» (órganos del cuerpo), fundamentados en la simbología psicoanalítica y la experiencia clínica. Esta autora no ofrece ninguna prueba de la validez del constructo ni operativiza los ítems. Es una prueba cualitativa no cuantitativa, destinada al estudio de la personalidad.

En las décadas de los sesenta y los setenta son muchos los estudios en los que el dibujo, en el contexto del modelo psicoanalítico, era interpretado desde el concepto de la proyección. Las investigaciones proliferaron en el ámbito clínico, pero la ausencia de rigor metodológico en el trabajo diagnóstico y terapéutico hizo que recibieran incesantes críticas, incluso por parte de sus defensores. Esta falta de rigor, unida a la aparición en el escenario psicológico de otros paradigmas teóricos, hizo que fuera decayendo el interés por las técnicas proyectivas.

No obstante, algunos investigadores fueron aportando progresivamente evidencias de su validez. Koppitz (1974, 1991/1984) realizó investigaciones detalladas, cuantificadas y experimentales, basándose en el estudio de la figura humana y unificando la interpretación del dibujo como evaluación de la inteligencia y de problemas emocionales. Trabajando con muestras representativas aporta resultados empíricos al primer supuesto de la evaluación de la inteligencia, y trabajando con muestras clínicas aporta resultados empíricos de los indicadores emocionales que avalan la evaluación de la personalidad de los niños. Sus estudios representan una contribución significativa a la evaluación infantil mediante el dibujo de la figura humana (DFH). Sin embargo, la experiencia profesional parece indicar la necesidad de actualizar, revisar y modificar algunos de los criterios de definición de ítems, corrección, puntuación y valoración, así como la interpretación del test del DFH en sus dos aspectos, madurativo-mental y emocional. Los cambios sociales, familiares y culturales están propiciando otro tipo de valores educativos y surgen nuevos problemas en la conducta de los niños que no quedan reflejados con suficiente evidencia en la corrección de los indicadores emocionales propuesta por esta autora.

Pese a las críticas, el DFH, especialmente con niños, no perdió su interés, ya que se han diseñado nuevas formas de corrección e interpretación en función de nuevos paradigmas teóricos (Barros e Ison, 2002; Barlow, Jolley, White y Galbraith, 2003; Benveniste, 2005; Brechet, Baldy y Picard, 2009; Brechet, Picard y Baldy, 2007; Brechet, Picard y Baldy, 2008;

Brotat y Brotat, 2000; Cohen y Liebman, 1995; Garb, Wood, Lilienfeld y Nezworski, 2002; Peterson y Hardin, 1997; Ter Laak et al., 2005). En los últimos 30 años, tanto en los Estados Unidos como en Europa, se sigue investigando el valor que pueden tener los dibujos para evaluar los problemas emocionales, y aunque no todos los estudios son convergentes, sí existe la confirmación de que existe relación entre ciertas características de los dibujos y ciertas características o problemas emocionales en los niños (Barros e Ison, 2002; Buck, 2008; Cid Rodríguez, 2002; Garb, Wood y Nezworski, 2002; Groth-Marnat y Roberts, 1998; Khon, 2002; Koppitz, 1974, 1984, 1991; La Voy et al., 2001; Maganto, 2000; Maganto y Maganto, 1990; Matto, 2002; Matto y Naglieri, 2005; McNeish y Naglieri, 1993; Naglieri, McNeish y Bardos, 1991; Naglieri y Pfeiffer, 1992a, 1992b; Naglieri y Clausen, 2005; Núñez de Arco, Echevarria y Zapata, 1996; Piperno, Di Biasi y Levi, 2007; Ter Laak, de Goede, Aleva y Van-Rijswijk, 2005; Throwbridge, 1995; West, 1998; Williams, Wiener y MacMillan, 2005; Yama, 1990). Este aspecto se hace más evidente a medida que la patología es mayor.

Otros estudios se han llevado a cabo con el objetivo de confirmar si determinados indicadores en el dibujo corresponden a determinados problemas emocionales. Así, por ejemplo, algunos autores que trabajan con niños afectados de problemas emocionales y conductuales (Barros e Ison, 2002; Eno, Elliot y Woehlke, 1981; Khon, 2002; Matto, 2002; McNeish y Naglieri, 1993; Naglieri y Pfeiffer, 1992a, 1992b; Núñez de Arco, Echevarria y Zapata, 1996) han identificado ítems específicos en niños con problemas de conducta perturbadora, con problemas emocionales graves y con dificultades en la relación social. En esta misma línea van las investigaciones que ponen de manifiesto la presencia de determinados indicadores en dibujos de niños víctimas de maltrato y abuso sexual (Abreu y Vanja, 2006; Aldridge et al., 2004; Cohen-Liebman, 1995; Garb, Wood y Nezworski, 2000, Peterson y Hardin, 1997; Throwbridge, 1995).

En esta línea de aportar validación al DFH como instrumento diagnóstico, algunos estudios correlacionales han encontrado que los indicadores emocionales en el DFH correlacionan negativamente con autoconcepto (Garaigordobil, 1993) y con conducta antisocial (Garaigordobil, Álvarez y Carralero, 2004). Complementariamente, estudios experimentales ratifican que programas de juego que potencian factores del desarrollo social y afectivo-emocional disminuyen los indicadores emocionales en el DFH, es decir, afectan positivamente al desarrollo socio-emocional (Garaigordobil y Pérez, 2004).

3.2. El dibujo como expresión de la personalidad

La idea que subyace al empleo de los dibujos como técnica para conocer la personalidad del sujeto que grafica ha sido, desde sus comienzos, apoyada por estudios de diversa índole, que han revelado el conocimiento que éstos aportan sobre las emociones conscientes o inconscientes de los individuos. Caligor (1960) afirma que desde los tiempos del hombre de las cavernas, el dibujo ha sido utilizado como una forma de comunicación entre los seres

humanos, como un vehículo por medio del cual el individuo expresa su fuero interno. Profundizando en esta idea dedujo que en los dibujos hay aspectos estructurales relativamente persistentes, que reflejan los elementos básicos de la personalidad. Todas las manifestaciones de la conducta son expresión más o menos evidente, directa o indirectamente, de nuestro modo de ser, pensar y sentir. Aceptar la conducta gráfica como una forma más de expresión supone admitir el significado que puede descubrirse debajo de ella.

Koppitz (1974) ha analizado y estudiado dibujos de niños en edad escolar de forma sistemática, y concluye que todas las manifestaciones, incluyendo los dibujos, tienen un significado y propósito especial para el niño que los hace. Puede ser una expresión de alegría o rabia, o un grito de miedo o angustia; puede ser una pregunta o una demanda; puede reflejar un deseo o una fantasía, o puede estar diciendo algo que el niño ha visto o experimentado. Los niños pueden pintar sus sentimientos y actitudes en imágenes y símbolos gráficos mucho antes de que puedan transmitirlos en conceptos verbales abstractos.

Esta afirmación sobre la capacidad expresiva del dibujo, más facilitadora de vehiculizar emociones que las palabras, es sostenida igualmente por diferentes autores. Los que han utilizado la expresión gráfica como instrumento diagnóstico y terapéutico en niños de edad escolar saben del valor inestimable que el dibujo posee para conocer la personalidad del niño. No siempre éste es capaz o desea transmitir lo que vive y siente. Sin embargo, el dibujo le faculta hacerlo sin necesidad de palabras que traduzcan más o menos racionalmente sus vivencias.

Kopitz (1974) comenta que los sentimientos que un niño no desea o es incapaz de traducir en palabras suele expresarlos con mayor facilidad a través de sus dibujos o pinturas. Las emociones demasiado fuertes o demasiado confusas para ser pensadas con claridad pueden, de este modo, abrirse camino. Las relaciones que suscitan sentimientos de amor u odio, tan fuertes que el niño no encuentra las palabras precisas para describirlas, se reflejan vívidamente en sus dibujos o pinturas. En resumen, las pinturas hablan sin ambages cuando al niño le faltan las palabras. A través del dibujo, el niño nos ofrece su visión del mundo, la manera en que lo percibe y cómo se sitúa en él. Tanto la forma como el contenido, analizándose globalmente, permiten una visión fenomenológica de la personalidad del niño.

También Hammer (1982/1969) converge en esta idea al considerar que puede afirmarse con seguridad que todo acto, expresión o respuesta de un individuo, sus gestos, percepciones, sentimientos, elecciones, verbalizaciones, o actos motores, de algún modo llevan la impronta de su personalidad. Los dibujos, tanto infantiles como de adultos, han sido estudiados por teóricos del psicoanálisis. Para éstos, el valor diagnóstico de los mismos se basa en la «proyección» que la persona hace de su mundo inconsciente. El término proyección y la aceptación del mismo han sido sometidos a definiciones, discusiones y controversias por parte de unas y otras corrientes psicológicas. En los dibujos, al hablar de proyección, la teoría dinámica hace referencia a la exteriorización de cualidades que están en el propio sujeto, provenientes de la relación con las figuras significativas de la vida del mismo, y que se adjudican a un objeto o vínculo fuera de él. Hammer (1982/1969), en su libro sobre las

técnicas proyectivas gráficas, expresa que fue Lernardo Da Vinci, genio en tantas esferas de la creatividad, quien por primera vez observó este proceso de proyección, al afirmar que la persona que dibuja o pinta, si no está protegida por estudios prolongados, tiende a prestar a las figuras que realiza su propia experiencia corporal.

Frank de Verthelyi y Baringoltz de Hirsch (1984) consideran que en la producción de un dibujo emerge del fondo de la experiencia total del individuo un patrón único de movimiento e idea. Su significación, en relación con la personalidad, parte del hecho de que hay involucrados procesos de selección y organización conscientes e inconscientes, además del infinito vínculo de experiencias y potencialidades imaginarias asequibles, en combinación con una organización dinámica del movimiento y representación mental de lo percibido.

La interpretación de los dibujos proyectivos se basa en tres conceptos: 1) el empleo de los significados simbólicos; 2) la experiencia clínica con los mecanismos de desplazamiento y sustitución, y 3) el desciframiento de la simbolización movilizada en dichos dibujos. Y desde esta perspectiva las técnicas proyectivas gráficas implican una significativa aportación al diagnóstico infantil.

3.3. Test gráficos en la clínica infanto-juvenil: evaluación de la inteligencia, la personalidad y el contexto familiar

En base a la revisión realizada de instrumentos de evaluación que utilizan el dibujo en el diagnóstico infantil (técnicas gráficas) se ha elaborado la tabla 4.7, en la que se describen algunos de los instrumentos de evaluación de mayor utilización actual en contextos clínicos y educativos.

TABLA 4.7
Instrumentos de evaluación basados en el dibujo (técnicas gráficas)

Denominación del test	Variables evaluadas	Edades de aplicación	Tarea	Corrección	Interpretación	Garantías psicométrica
Test de inteligencia infantil por medio del dibujo de la figura humana (Goodenough, 1926, 1971; Harris 1982/1963).	Evaluación de la inteligencia infantil (inteligencia no verbal).	De 3 a 15 años (de 4 a 10 años mayor validez y fiabilidad)	Realizar tres dibujos: 1.El dibujo de un hombre (FM). 2. El dibujo de una mujer (FF). 3. El dibujo de sí mismo.	Se identifica la presencia o ausencia de elementos de la figura humana (presencia de cabeza, perfil, vestimenta, movimiento...). Ítems FM: 73. Ítems FF: 71.	Prueba estandarizada que permite obtener una puntuación percentil. Dispone de baremos para niños y niñas de 3 a 15 años.	*Fiabilidad inter-evaluadores: r* = 0 0,96. *Fiabilidad Test-Re r* = 0,60-0,70. Validez: correlacion otros instrumentos d evaluación de la inteligencia: Escalas Wechsler (WISC: *r* 0,38-0,47, WAIS: *r* 0,43-0,73), Test de Stanford-Binet (*r* = 0,80).

El dibujo de la figura humana en niños (Koppitz, 1974).	Evaluación madurativa y evaluación emocional.	De 5 a 12 años	Realizar el dibujo de una figura humana. Consigna: «Dibujar una persona entera».	*Evaluación madurativa* (30 ítems evolutivos relacionados con la edad y la maduración): Se identifica la presencia o ausencia de elementos de la figura humana (cabeza, dedos, ropa, cuello...). *Evaluación emocional* (presencia de 30 indicadores emocionales).	Con los datos normativos de los ítems evolutivos esperables y excepcionales en cada sexo y edad se puede obtener el nivel de capacidad mental del niño (CI). Número de indicadores emocionales y su significación diagnóstica.	*Evaluación madur* Validez: 1) análisis d ítems evolutivos en con ejecución alta y en la Escala de We (WISC), y 2) correlaciones con o instrumentos de evaluación de la inteligencia: Escala Wechsler (WISC: *r* 0,45-0,80 en función edad), Test de Stan Binet (*r* = 0,55-0,63 *Evaluación emoci* Validez criterial ade con distintos grupos comparación de niñ problemas de rendi académico, con deficiencia mental, problemas clínicos..
T2F. Test del dibujo de dos figuras humanas[1] (Maganto y Garaigordobil, 2009).	Evaluación madurativo-mental (T2F-M) y evaluación emocional (T2F-E).	De 5 a 12 años	Realizar una figura masculina y otra femenina. Consigna: 1. Dibuja una figura humana, una persona. 2. Dibuja una figura humana o persona de otro sexo al que has realizado en la primera figura (poner nombre y edad a ambas figuras).	*Evaluación madurativa-mental* (52 ítems evolutivos): Se identifica la presencia o ausencia de elementos en las dos figuras (cabeza, hombros, mofletes...). Se asigna puntuación en función del grado de dificultad en cada edad. Se suman los puntos obtenidos con ambas figuras. *Evaluación emocional* (presencia de 35 indicadores emocionales en función de la edad. Hay indicadores emocionales	Prueba estandarizada. Dispone de baremos para niños y niñas de 5 a 12 años. En la evaluación madurativo-mental hay baremos diferenciados para cada edad y sexo. En la evaluación emocional hay baremos para cada edad, indicando el nivel de riesgo y/o certeza en la evaluación de problemas emocionales. Se completa con una entrevista que tiene una valoración cualitativa.	*Evaluación madur mental* Fiabilidad: consisten interna (alpha de Cronbach FM y FF 0,74-0,89). Validez: Análisis de normativos con mue representativa y correlaciones con matrices progresiva Raven (*r* = 0,39-0,6 *Evaluación emoci* Fiabilidad: alpha de Cronbach FM y FF 0,77). Validez: Identificaci diferencias estadísticamente significativas en los indicadores mediant comparación entre muestra clínica/mue no clínica; muestra problemas emocionales/intelec y obtención de la χ^2 Pearson con el SPE Screening de Proble Emocionales y Con Infantil (Garaigordo Maganto, 2012).

				comunes, y específicos de niños con problemas intelectuales y con problemas emocionales). Se suman los indicadores que aparecen en ambas figuras para obtener una puntuación directa.		
H-T-P (casa-árbol-persona). Buck (1948, 1966, 2002, 2008).	*Casa:* actitud hacia el espacio familiar e imagen de sí mismo en este contexto.	Niños, adolescentes y adultos	Hacer el dibujo de una casa, un árbol y una persona. Narrar una historia sobre los dibujos.	Identificación de rasgos y características de los gráficos y análisis de los contenidos verbales elaborados sobre los dibujos.	Cualitativa.	Pese a la amplia utilización clínica de herramienta, no exis estudios que aporte datos psicométricos fiabilidad y validez.
	Árbol: Concepto de sí mismo y sus relaciones con el ambiente. *Persona*: Autoimagen, relaciones interpersonales.		Responder a un interrogatorio directivo sobre los dibujos.			
El test del dibujo de la familia (Corman, 1967/1961).	Concepto interno y vivencia de la familia. Imagen de los miembros de la familia: padre, madre, hermanos. Interacciones entre los miembros. Conflictos en las relaciones con padres y hermanos.	Niños y adolescentes	«Haz el dibujo de una familia» (Corman, 1967/1961). Narrar una historia sobre la familia. Responder a un interrogatorio directivo sobre el dibujo.	Identificación de rasgos y características de los gráficos y análisis de los contenidos verbales elaborados sobre el dibujo.	Cualitativa.	Pese a la amplia utilización clínica de herramienta, no exis estudios que aporte datos psicométricos fiabilidad y validez.
El test del dibujo de la	Evalúa las relaciones	Niños, adolescentes	«Dibuja a tu familia	Se corrige atendiendo a	Se proporciona una guía sobre la	Existen resultados c frecuencias en los

familia kinética actual y familia kinética prospectiva (Frank de Verthelyi, 1985).	afectivas básicas en la familia. Explora las relaciones, vínculos y roles familiares.	y adultos	haciendo algo». «Dibuja a tu familia haciendo algo dentro de 5 años». Al finalizar preguntar: ¿Dónde están? ¿Quiénes son?	los valores que se asignan a cada categoría (primera figura dibujada y valores diversos, adiciones, omisiones, tamaño, kinesia...).	interpretación de cada una de las categorías y de cada valor asignado en la corrección. En niños existen datos de frecuencia so-	indicadores, pero no de validez y fiabilida
			¿Qué hacen? ¿Cómo se llaman? Edades. Anotar el orden en que dibuja los personajes.	Categorías de análisis: Secuencia. Inclusión del sujeto. Personajes graficados. Configuración espacial. Ámbitos. Tratamiento diferencial de las figuras. Acciones asignadas. Objetos incluidos.	bre las respuestas a cada valor. Interpretación cualitativa basada en la experiencia clínica y en la literatura clínica sobre el tema.	
TDA Test del dibujo del animal (Maganto y Maganto, 1990).	*Evaluación madurativa-mental* (con animales mamíferos). *Evaluación emocional* (cualquier tipo de animal) basado en indicadores emocionales. *Evaluación de conflictos* infantiles y modo de resolución de los mismos.	6-14 años	Tarea gráfica: dibujar un animal. Ponerle nombre y edad. Tareas verbales: 1) escribe (según edad) o cuenta una historia en la que el animal sea el protagonista; 2) cuestionario del bestiario; 3) fantasía de los sueños, y 4) fantasía de	Estudio psicométrico sobre el dibujo del animal: 1. Frecuencias de animales: esperables y no esperables. 2. Indicadores madurativos: a mayor precisión en el dibujo mayor nivel de madurez mental. Sumatorio de indicadores: puntuación total. 3. Indicadores emocionales: 24 indicadores	Se analiza el grado de facilidad/dificultad de cada ítem y la capacidad discriminatoria de los mismos en función de la edad. Baremos independientes para ambas valoraciones: evaluación madurativa mental y emocional, estudio normativo. Cuestionarios complementarios verbales: interpretación	No hay datos psicométricos de va y fiabilidad.

Aladino.	emocionales comunes a todas las edades y válidos para todos los animales.	cualitativa.

[1] A modo de ejemplo se presenta un caso práctico del T2F (véase punto 6. Caso práctico. Juan, 8 años y 11 meses).

4. EL DIBUJO COMO ACTIVIDAD TERAPÉUTICA

4.1. El dibujo como medio de comunicación no verbal

El dibujo es para el niño un medio de comunicación sin código verbal. Antecede a éste y, una vez adquirida la posibilidad de expresarse verbalmente, la sustituye en ocasiones. Para la mayor parte de los niños, la actividad pictográfica es un lenguaje, un medio de expresión y comunicación, un acto creador autogratificador (Aubin, 1974).

Di Leo (1978), en la introducción a su libro sobre los dibujos de los niños como ayuda diagnóstica, dice: «La renuncia a verbalizar contrasta muchas veces con la facilidad con la que un niño toma lápiz y papel y expresa inconscientemente lo que no quiere o no puede verbalizar por medio de la palabra». Esta idea ha sido enfatizada por numerosos autores, expresando la posibilidad comunicacional de los dibujos, especialmente en niños pequeños, cuando el código verbal no se ha establecido suficientemente como cauce de expresión emocional.

La experiencia nos indica que dibujar es expresarse mediante un código, inicialmente subjetivo y simbólico, capaz de «narrar» lo que no es posible decir. Duvorgel (1981) afirma que es muy natural que, antes de que el niño llegue a dominar por completo el lenguaje hablado, las imágenes espontáneas le proporcionen el medio más eficaz para expresarse. De todos modos, incluso después de alcanzar la facilidad de palabra propia del adulto, los dibujos y las pinturas pueden mostrarse más satisfactorios que la palabra hablada para manifestar los pensamientos y los sentimientos más íntimos.

Algunos autores han ido más lejos aún en esta dimensión expresiva del dibujo, situándola por encima de la expresión verbal. El poeta Paul Valery, en sus ensayos sobre Leonardo Da Vinci, dice que el dibujo, y el arte en general, es capaz de expresar lo que es inaccesible a la palabra, imponiéndose sobre ella en evidencia y precisión. Para Debienne (1979), si el dibujo tiene alguna función es precisamente ésta: ser un medio de expresar, de decir y de comunicar, y éste es el aspecto más significativo para el psicólogo que observa y analiza el dibujo. Por ello, considera que el dibujo se ha transformado en un medio de relación, en una manera de decir, en un medio de comunicación con ese niño, que entrega así su mundo interior a la

mirada de los demás; mundo desconocido, inexpresable de lo que se siente, de lo que se imagina, de lo que sueña, y esa óptica relacional sigue siendo, sin duda, la actitud psicológica válida para quien quiera servirse del dibujo.

Admitiendo el factor relacional y dialogante de este medio de expresión, nos preguntamos qué nos dice el niño de sí mismo, qué podemos escuchar al mirar un gráfico, qué es lo que de «sí mismo» comunica. Emociones de diversa índole, deseos, aspiraciones, experiencias reales y fantaseadas, todo lo que constituye su personalidad, puede ser mostrado de diversas formas en su expresión gráfica. Por ello, la observación del dibujo permitirá tanto hacer un diagnóstico del estado emocional y la personalidad del niño, como convertirse en un instrumento de curación, en un instrumento terapéutico.

En la actualidad los psicólogos que trabajan con niños y adolescentes consideran al dibujo como un instrumento que permite observar el desarrollo madurativo e intelectual del niño, un reflejo de su personalidad, ya que mediante el dibujo se expresan deseos, expectativas, fantasías, experiencias vividas, temores, preocupaciones, conflictos emocionales... Además de un indicador de su desarrollo cognitivo, es un espejo de su mundo interior, un lenguaje de símbolos que le sirve para expresar lo que aún no puede expresar a través del lenguaje, y ahí radica su valor terapéutico.

4.2. El dibujo como instrumento de curación

El valor terapéutico del dibujo estriba en la posibilidad de liberar, a través de él, emociones y situaciones dolorosas vividas por la persona. Esta catarsis que opera en el individuo, de forma deliberada o no, lo sitúa entre las actividades de expresión más ejercitadas y practicadas en clínica infantil. El dibujo y el juego son actividades con gran riqueza simbólica y asociativa, libres en su estructuración y ejercicio, y por sí mismas terapéuticas. Se afirma que produce en la persona que los ejercita la posibilidad de recrear, reparar o reconstruir de nuevo experiencias anteriores dolorosas, que pueden elaborarse con la recreación de las mismas.

Hammer (1982/1969; 1997) considera que el dibujo constituye para los niños un medio para expresar sus temores, sus esperanzas y sus fantasías... El dibujo parece ser un modo de comunicar lo que para ellos es importante y lo que les perturba. El niño puede revelar a través de sus dibujos sentimientos que no podría o no desearía revelar con palabras. En esto se basa su valor terapéutico. Corman (1967/1961) cita algunos autores que han utilizado esta técnica, tanto con fines diagnósticos como terapéuticos: Baudouin, Bergeron, Rambert, Dolto, Ana Freud, Winnicott, Aubin, y tantos otros que han legado su inapreciable conocimiento y experiencia en este campo.

Hoy se puede concluir que el dibujo ofrece la oportunidad de poder expresar de una forma socialmente aceptable los sentimientos de ansiedad, temor e incluso odio. Permite que el niño descubra que se puede hacer un uso constructivo de la propia situación emocional. Posibilita

no tener miedo a expresar y reconocer sus propios sentimientos y por esta vía aflojar sus tensiones. Su función principal es la de contribuir al desarrollo de la organización psíquica sin necesidad de recurrir a medidas confusas de defensa, ante el temor que en ocasiones nos acosa.

Kramer (1985) argumenta, refiriéndose a las posibilidades terapéuticas del arte, que éste tiene la capacidad de proteger el equilibrio del individuo contra la emergencia de sentimientos indeseables o peligrosos. Desde su punto de vista, esta potencialidad terapéutica se basa, entre otros conceptos, en el de sublimación. La sublimación constituye uno de los medios más eficientes para manejar las amenazas de peligros que se derivan de los impulsos, y para hacer uso constructivo de su poder potencialmente destructivo. Una característica esencial de la sublimación es la gran cantidad de placer genuino que proporciona la actividad sustituta. El arte y el dibujo movilizan energías suficientes para estructurar la capacidad mental y creativa, potenciarla y reforzar el sentimiento de identidad, ayudando de este modo a la aceptación de sí mismo. Kramer (1985) ha sido una de las autoras que ha dedicado su vida y trabajo al estudio del arte como ejercicio terapéutico en niños afectados por actividades nazis en la Segunda Guerra Mundial, y en otros centros escolares y clínicos de diversa índole. En su libro *El arte como terapia* dice que el arte desempeña para el niño trastornado la misma función que tiene para todos los hombres: crear un dominio de vida simbólico, que permite la experimentación con ideas y sentimientos, hacer evidentes las complejidades y contradicciones de la vida humana, demostrar la capacidad del hombre para superar el conflicto y crear el orden a partir del caos, y también, por supuesto, proporcionar placer.

El dibujo es un instrumento de comunicación, un lenguaje mediante el cual los niños expresan los conflictos, los deseos, los temores, las fantasías... Es un medio de relación, una manera de decir y de hablar simbólicamente de cómo se siente y de las experiencias que ha tenido. Expresar y compartir los conflictos es el primer paso para poder resolverlos, para la curación. Pedir a niños y a adolescentes que han sufrido traumas psíquicos, conflictos bélicos o que han sido testigos presenciales de situaciones familiares conflictivas que dibujen sus experiencias y recuerdos, es proponerles «reparar» estas situaciones. Primero activan el recuerdo, lo abordan, lo simbolizan, lo expresan y lo grafican, es decir, lo hablan. Y hablarlo una y otra vez permite una catarsis, una liberación, una forma de suavizar, pulir, limpiar, desbloquear..., todo aquello que se ha quedado bloqueado en la mente y en el corazón de un ser humano. Proponerles revivir la experiencia es proponerles que la desmenucen para masticarla, tragarla y finalmente digerirla.

Dibujar es recrear para reconstruir y reparar. Constituye una herramienta intermediaria en el proceso terapéutico, para que, a posteriori, se proceda a su elaboración verbal. La propuesta de dibujar tiene un sentido: descubrir lo que no es dicho con palabras fácilmente, y esto no excluye a la palabra: hablar de hospitales, enfados entre los padres, muertes, embarazos, terrores nocturnos...

Una de las grandes diferencias entre el lenguaje verbal y el lenguaje gráfico es que las palabras tienen una significación predeterminada y las imágenes plásticas no. Los dibujos

tienen un sentido para quien los dibuja, lo sepa o no en el momento de producirlos. La expresión gráfica está más potenciada por el componente emotivo que por la palabra, aspecto indispensable en un proceso terapéutico. Pone en el plano espacial externo algo que es de orden interno, permitiendo conocer y reconocer aspectos propios. Además, logra mayor participación en el tratamiento (Maganto, 2014).

5. CONCLUSIONES

Etapas en la evolución del dibujo infanto-juvenil: recapitulando lo anteriormente expuesto y conociendo el riesgo de simplificar la progresiva expresión del desarrollo madurativo a través del dibujo, es posible sintetizar su evolución destacando que:

1. Hasta los 4 años aproximadamente los niños utilizan cualquier materia colorante para imprimir huellas, trazos, manchas, con el placer lúdico y motórico que conlleva su progresivo desarrollo. Al principio de forma espontánea y descontrolada, y finalmente con la satisfacción de encontrar un parecido entre el objeto dibujado y la realidad.
2. Entre los 4-5 años y hasta los 7 los cambios son relevantes. Surgen los pre-esquemas, que prefiguran la realidad objetiva. La maduración perceptiva, sensorial, motriz, el descubrimiento cada vez más amplio de nuevos intereses, conduce a ensayar y repetir acciones que son un reto para el niño. El dibujo se transforma progresivamente de irreconocible a reconocible e identificable, en el intento constante de asemejarse al objeto externo, hasta conseguirlo.
3. A partir de los 7 años los dibujos van perdiendo el carácter estereotipado y rígido, ensayan a través de la progresiva adición de elementos y caracterizan mejor el tema que representan. Se interesan por imprimir a sus producciones el sentido del espacio y tiempo con procedimientos elementales: línea de base, abatimiento, transparencias, desproporción de detalles...
4. Alrededor de los 9 años el movimiento y los intentos de perspectiva evidencian los progresos del niño. Asimismo, el sentido de proporcionalidad en los detalles que incorporan en un mismo objeto, o en la relación de objetos entre sí, señala las diferencias con la anterior etapa.
5. A partir de los 11-12 años los intentos de dar profundidad, dimensionalidad, volumen y perspectiva caracterizan las producciones gráficas. Otros preadolescentes a esta edad se interesan preferentemente por plasmar emociones, sensaciones kinestésicas, táctiles o sensoriales de cualquier tipo. Las diferencias individuales son claramente observadas. Su capacidad crítica inhibe la expresión artística, pierden motivación para la misma y son reacios a mostrarla a los adultos por temor al juicio que hagan de ella.

El dibujo como instrumento de evaluación: en las últimas décadas se ha producido una positiva evolución en la dirección de sistematizar métodos de evaluación infantil que utilizan

el dibujo como herramienta diagnóstica, y que se avalan en estudios que aportan datos sobre sus garantías de fiabilidad y validez.

1. Evaluación madurativo-mental: la identificación de las pautas evolutivas de carácter universal, especialmente en el desarrollo de la figura humana, ha permitido sistematizar métodos de evaluación madurativo-mental, especialmente de utilidad en edades tempranas, ya que, a medida que aumenta la edad, el dibujo como técnica diagnóstica de la inteligencia pierde valor. La última actualización de esta herramienta (T2F) basa las conclusiones interpretativas en resultados psicométricos rigurosos y aporta un sistema de puntuaciones estandarizadas que permite situar a cada niño en referencia a su grupo normativo, según edad y sexo. Además, al ser una prueba no verbal, facilita la evaluación de problemas cognitivos en niños con problemas de lenguaje o bilingüismo.
2. Evaluación emocional: desde el punto de vista emocional, el dibujo de la figura humana se utiliza con mucha frecuencia en contextos clínicos y educativos. La última actualización de esta herramienta (T2F) ha dotado al instrumento de una metodología de corrección e interpretación con garantías psicométricas que posibilitan llevar a cabo una evaluación más fiable. Este instrumento permite: 1) identificar niños sin problemas, con sospecha de problemas, o bien confirmar la existencia de problemas emocionales; 2) conocer la problemática de un niño analizando el significado emocional de los indicadores que presenta su dibujo; 3) tener en cuenta la edad, ya que la interpretación emocional de un dibujo debe contar siempre con el factor edad, el número de indicadores y el tipo de indicador a la hora de obtener de él conclusiones interpretativas diagnósticas; 4) reflexionar sobre el hecho de que la significación de los indicadores emocionales no debe ser algo rígido, irrefutable y universal, ya que hay que considerar la calidad del indicador, lo proyectado en ambas figuras y el contexto de la evaluación global del niño, y 5) detectar indicadores de alerta, ya que algunos indicadores emocionales, por la significación clínica que tienen, deben ser considerados signos de alerta y sugieren una evaluación emocional más completa del niño que está siendo evaluado.

En los últimos años se ha dotado de garantías psicométricas a algunos instrumentos diagnósticos basados en el dibujo de la figura humana; sin embargo, muchos instrumentos que utilizan el dibujo (véase tabla 4.7) aún no disponen de estos fundamentos que avalarían más el uso de estas herramientas diagnósticas. Por consiguiente, sería interesante poder seguir avanzando en la estandarización de técnicas proyectivas para su utilización en contextos clínicos y educativos.

El dibujo como instrumento de curación. El dibujo se utiliza frecuentemente en el contexto de la terapia infanto-juvenil, fundamentalmente porque el dibujo es un instrumento de comunicación, un lenguaje mediante el cual los niños expresan conflictos, deseos, temores, fantasías... Es un medio de relación, una manera de decir y de hablar simbólicamente de cómo

se siente, de las experiencias que ha tenido, de lo que le preocupa... Expresar y compartir los conflictos es el primer paso para poder resolverlos y para la curación. Sin embargo, no se han desarrollado métodos que permitan sistematizar este trabajo en el contexto de la terapia, lo que sería de gran utilidad para los psicólogos clínicos.

6. CASO CLÍNICO

T2F. El test de las dos figuras humanas. Juan, 8 años y 11 meses.

Constelación familiar

Padre 43 años, conductor, estudios primarios; madre: 43 años, cuidado de la casa, estudios primarios; hermano mayor: 15 años, estudia 4.º curso de Educación Secundaria Obligatoria (ESO); hermano mediano: 12 años, estudia 1.er curso de ESO; y Juan: 8 años y 11 meses, estudia 2.º curso de Educación Primaria.

Motivo de consulta

La evaluación psicológica de Juan se lleva a cabo en un servicio de psicología que atiende a varios centros escolares. La madre que acude al servicio no plantea un motivo de consulta concreto. Habiendo tenido conocimiento de la apertura de un servicio de psicología que atiende los problemas que tienen los niños del centro escolar donde estudia Juan, solicita una consulta. La madre plantea a la psicóloga que su hijo Juan ha tenido numerosas dificultades en el desarrollo, que se originan con una encefalitis sarampionosa que sufre a la edad de 2 años y 6 meses, y que, tal vez, desde este nuevo servicio de atención psicológica se le pueda ayudar en algunas de las dificultades que aún perduran. Debido a la ausencia de un motivo de consulta específico, al finalizar la entrevista, en la que se recogen diversos datos biográficos de Juan, se pregunta a la madre por lo que más le preocupa de los problemas de su hijo, a lo que responde: «Algo de torpeza física y también en la inteligencia, tiene pocos alcances». Así, la madre enfatiza el desarrollo psicomotriz e intelectual como objeto de preocupación y de intervención.

Proceso e instrumentos de evaluación administrados

En el proceso de la evaluación psicológica se realizan entrevistas con la madre para llevar a cabo un registro evolutivo, y con Juan, al que, tras explicarle el motivo de consulta y solicitar su consentimiento para la evaluación, se le administra la siguiente batería de evaluación: Escala de madurez mental Columbia (Burgemeister et al., 1979); Test gestáltico visomotor de Bender (Koppitz, 1975); Test reversal (Edfeldt, 1977); Test de lateralidad y de reconocimiento de la orientación espacial a partir del propio cuerpo (Zazzo, 1971); Test de

esquema corporal (Riba Amella, 1983); Evaluación del desarrollo psicomotriz (Garaigordobil, 1999); Evaluación de aprendizajes básicos e instrumentales (evaluación informal de la lecto-escritura, observación de la comunicación y el lenguaje); T2F. El test del dibujo de las dos figuras humanas (Maganto y Garaigordobil, 2009), y El test de la familia (Corman, 1961).

Resultados de la evaluación psicológica

Los resultados obtenidos confirman que la encefalitis consecutiva al sarampión que Juan sufrió a los 2 años y 6 meses de edad generó un daño neurológico que se manifiesta en un retraso global del desarrollo, que ha afectado de forma significativa al desarrollo motriz, intelectual y del lenguaje. Los resultados de las pruebas administradas a Juan, a la edad de 8 años y 11 meses, han puesto de relieve las siguientes dificultades: 1) un retraso de año y medio en madurez mental o intelectual; 2) un retraso en la madurez perceptivo visomotora de 4 años; 3) lateralidad cruzada (mano derecha/ojo-pie-oído zurdo); 4) dificultad para imitar movimientos respecto al observador en el nivel de imitación del modelo en espejo; 5) baja madurez para el aprendizaje de la lectoescritura; no ha superado la tendencia a la inversión y muestra errores de orientación espacial (arriba-abajo/derecha-izquierda); 6) no ha adquirido la capacidad de realizar un grafismo reconocible; se observa pobre control motor, así como uniones y separaciones indebidas e inversiones de letras (ar por ra); 7) la lectura es silábica, sin gestalt, y con errores de inversión d-b, p-q, omisión y adicción de letras; la letra r la pronuncia como g ocasionalmente; se esfuerza en pronunciarla bien y a veces lo consigue; pese a las dificultades de expresión, muestra un nivel básico de comprensión del texto; 8) en motricidad gruesa manifiesta importantes dificultades de coordinación dinámica global, pobre control motor, dificultades de equilibrio extremas y poca fuerza muscular, y 9) en la motricidad fina presenta un nivel bajo de coordinación visomotora y un nivel aún más bajo de coordinación óculo-motriz (ojo-pie).

Resultados específicos en el T2F. Test del dibujo de dos figuras humanas

Para llevar a cabo una valoración de la madurez-mental y emocional se aplicó el T2F. Los dibujos que realizó Juan de ambas figuras pueden observarse a continuación, y posteriormente se muestra el protocolo con la corrección de la prueba. Aunque Juan cursa 2.º curso debido a sus necesidades educativas especiales, para la evaluación del T2F se tiene en cuenta su edad, por lo que se corrige con el baremo de 3.º curso. Los dibujos graficados en el T2F (véanse figuras 4.1 y 4.2) y la corrección de los mismos (véanse figuras 4.3 a 4.6) permiten realizar el siguiente diagnóstico:

1. Evaluación madurativa-mental: en la figura masculina obtiene 18 puntos y en la femenina 29, lo que hace un total de 47 puntos, que corresponde a un percentil de 5. Esta puntuación informa de un nivel muy bajo de madurez mental.

2. *Evaluación emocional: indicadores emocionales*: aparecen dos indicadores (omisión del cuerpo y dientes) en la figura masculina y ninguno en la femenina. El número de indicadores corresponde a un percentil inferior a 75, lo que evidencia la ausencia de problemas emocionales graves. No obstante, la interpretación de los indicadores permite afirmar que Juan: 1) tiene un alto nivel de ansiedad por el cuerpo (omisión del cuerpo), que se puede relacionar con los problemas de salud que ha tenido y que han dado lugar a problemas importantes en el desarrollo físico, con baja destreza motriz en el momento actual (torpeza motriz, falta de equilibrio relevante...), que posiblemente sea concomitante a una gran insatisfacción por el funcionamiento de su cuerpo, con capacidades muy inferiores a las de sus compañeros, y 2) aunque no manifiesta conductualmente agresividad (ni física ni verbal), la representación de dientes, aunque es susceptible de expresar múltiples conflictos, se podría asociar con sentimientos agresivos que no se expresan conductualmente y con la ansiedad que le provocan los problemas que tiene, relacionados con su inadecuación motriz, retraso intelectual y problemas de rendimiento académico.

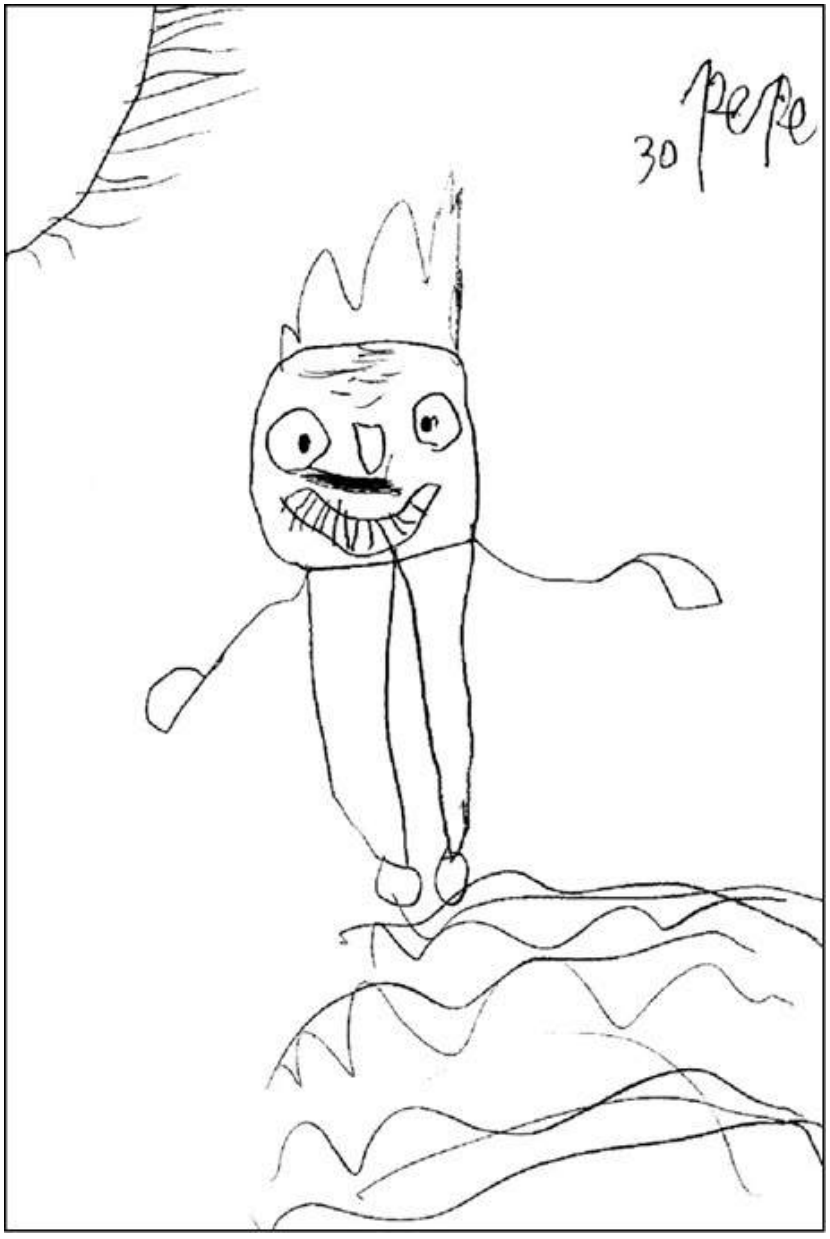


Figura 4.1.—Figura masculina.

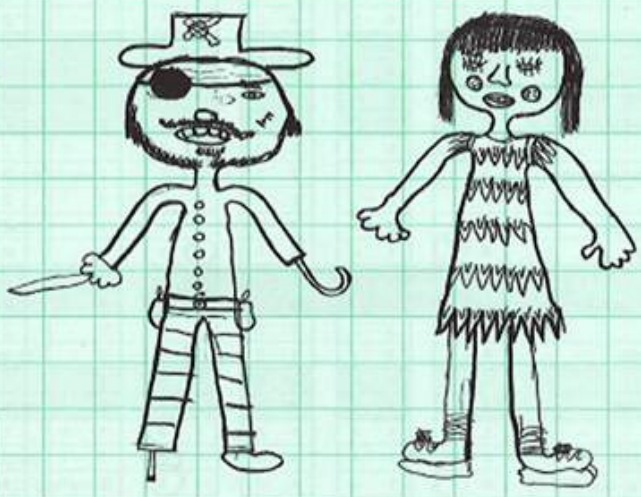


Figura 4.2.—Figura femenina.

TEST DE DIBUJO DE DOS FIGURAS HUMANAS

T2F

Cuadernillo de anotación



Nombre y apellidos Juan

Sexo X M **Edad** 8 año 11 mes **Fecha** / /

Centro **Curso**

T2F•M
Evaluación madurativa mental

NV*		Pd	
MM		MM	18
+		+	
MF		MF	29
=		=	
Total**		MT (Total)	47 ▸▸ Percentil 5

* Si el número de ítems no valorables de una figura es igual o mayor de 4 no es recomendable continuar la interpretación.

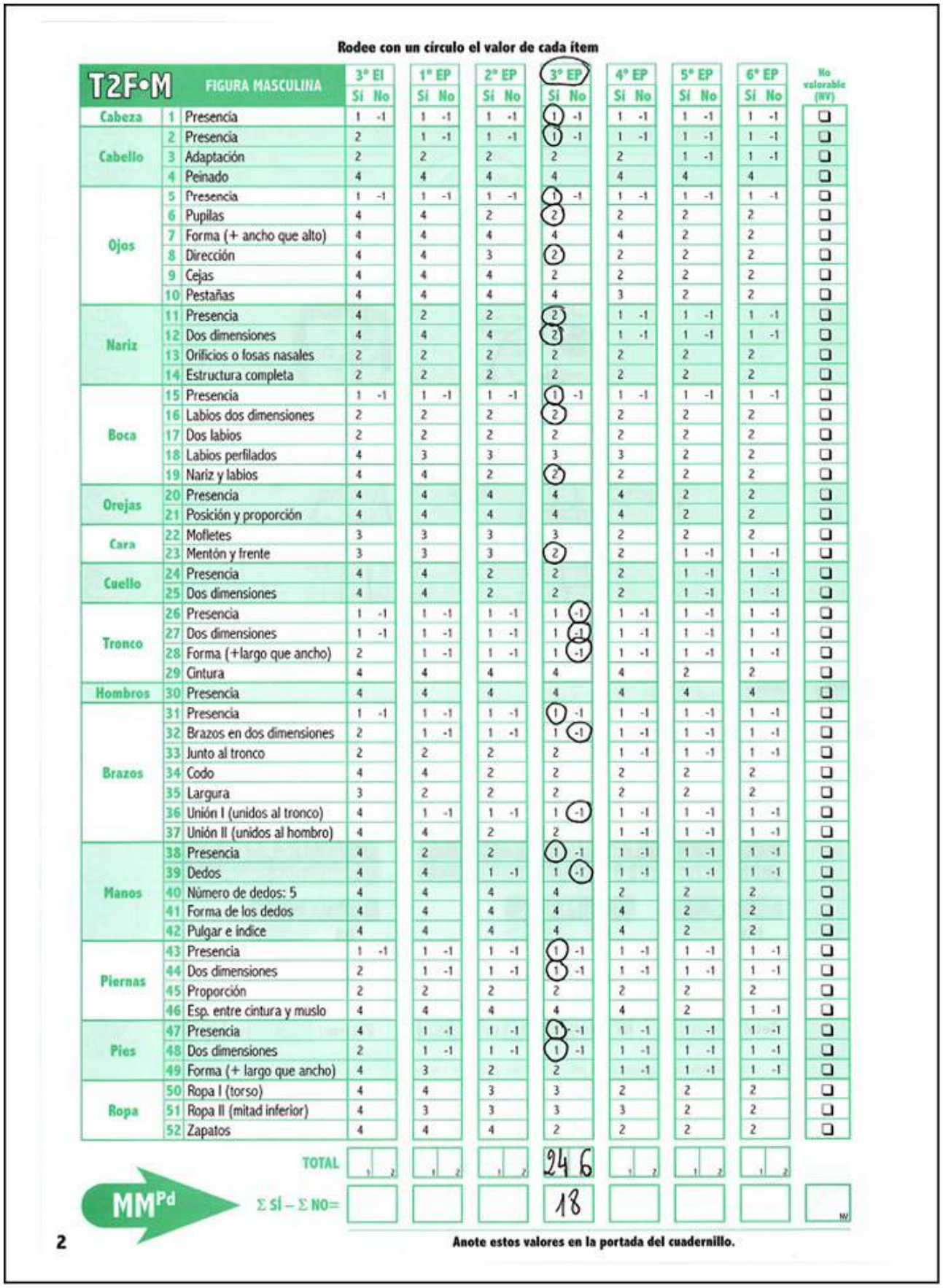
** Si el número de ítems no valorables entre las dos figuras es igual o mayor de 6 no es recomendable continuar la interpretación.

T2F•E
Evaluación emocional

Pd		
EM	2	
+		
EF	0	
=		
ET (Total)	2	▸▸ Percentil <75

Autoras: Carmen Maganto Mateo y Maite Garaigordobil Landazabal
Copyright © 2009 by TEA Ediciones, S.A.U., Madrid, España.
Edita: TEA Ediciones, S.A.U.; Fray Bernardino Sahagún, 24 - 28036 Madrid, España - *Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE* - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

Figura 4.3



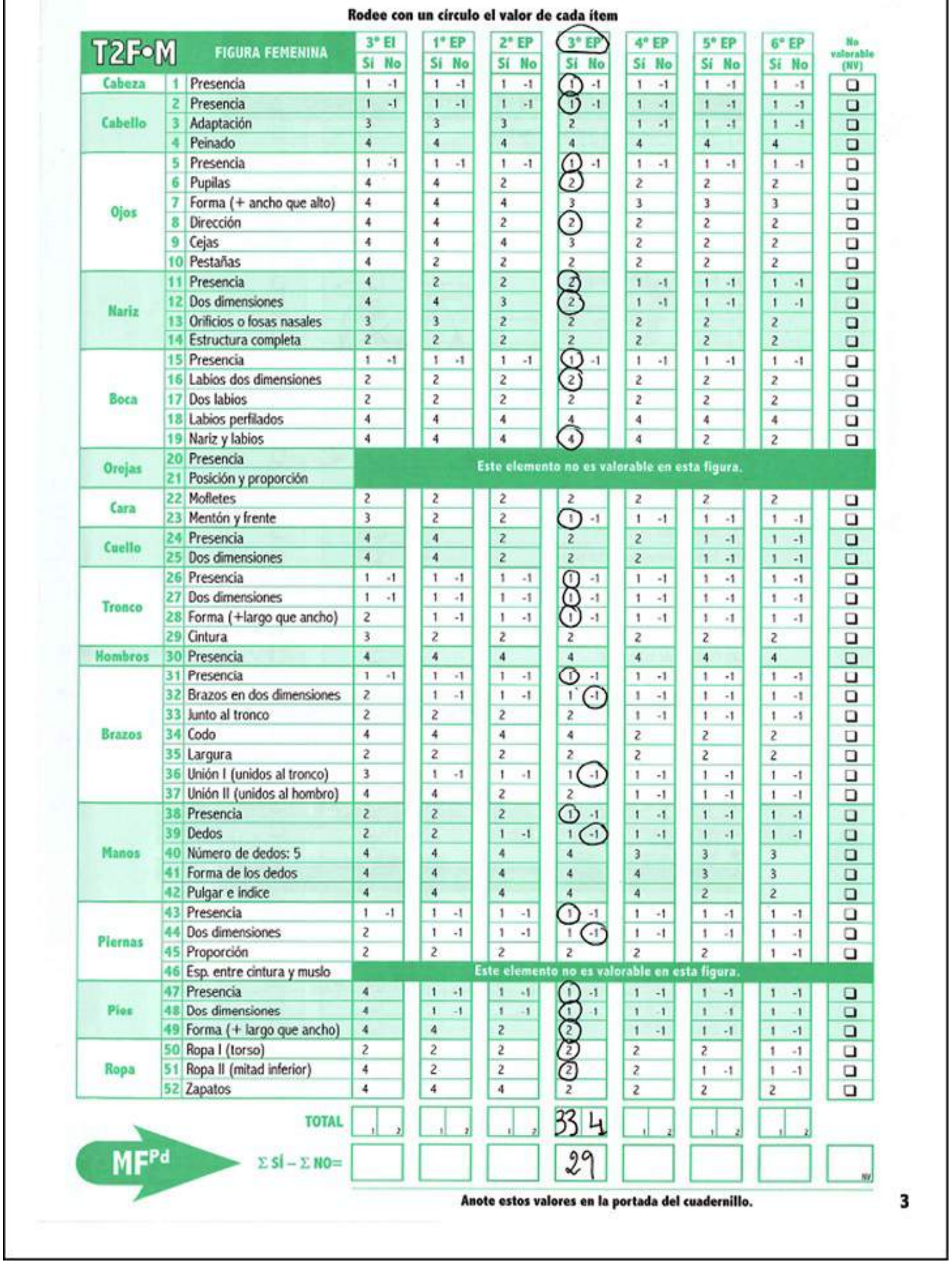
Rodee con un círculo el valor de cada ítem

T2F•M		FIGURA MASCULINA	3º EI		1º EP		2º EP		3º EP		4º EP		5º EP		6º EP		No valorable (NV)
			Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Cabeza	1	Presencia	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	☐
Cabello	2	Presencia	2		1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	☐
	3	Adaptación	2		2		2		2		2		1	-1	1	-1	☐
	4	Peinado	4		4		4		4		4		4		4		☐
Ojos	5	Presencia	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	☐
	6	Pupilas	4		4		2		2		2		2		2		☐
	7	Forma (+ ancho que alto)	4		4		4		4		4		2		2		☐
	8	Dirección	4		4		3		2		2		2		2		☐
	9	Cejas	4		4		4		2		2		2		2		☐
	10	Pestañas	4		4		4		4		3		2		2		☐
Nariz	11	Presencia	4		2		2		2		1	-1	1	-1	1	-1	☐
	12	Dos dimensiones	4		4		4		2		1	-1	1	-1	1	-1	☐
	13	Orificios o fosas nasales	2		2		2		2		2		2		2		☐
	14	Estructura completa	2		2		2		2		2		2		2		☐
Boca	15	Presencia	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	☐
	16	Labios dos dimensiones	2		2		2		2		2		2		2		☐
	17	Dos labios	2		2		2		2		2		2		2		☐
	18	Labios perfilados	4		3		3		3		3		2		2		☐
	19	Nariz y labios	4		4		2		2		2		2		2		☐
Orejas	20	Presencia	4		4		4		4		4		2		2		☐
	21	Posición y proporción	4		4		4		4		4		2		2		☐
Cara	22	Mofletes	3		3		3		3		2		2		2		☐
	23	Mentón y frente	3		3		3		2		2		1	-1	1	-1	☐
Cuello	24	Presencia	4		4		2		2		2		1	-1	1	-1	☐
	25	Dos dimensiones	4		4		2		2		2		1	-1	1	-1	☐
Tronco	26	Presencia	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	☐
	27	Dos dimensiones	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	☐
	28	Forma (+largo que ancho)	2		1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	☐
	29	Cintura	4		4		4		4		4		2		2		☐
Hombros	30	Presencia	4		4		4		4		4		4		4		☐
Brazos	31	Presencia	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	☐
	32	Brazos en dos dimensiones	2		1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	☐
	33	Junto al tronco	2		2		2		2		1	-1	1	-1	1	-1	☐
	34	Codo	4		4		2		2		2		2		2		☐
	35	Largura	3		2		2		2		2		2		2		☐
	36	Unión I (unidos al tronco)	4		1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	☐
	37	Unión II (unidos al hombro)	4		4		2		2		1	-1	1	-1	1	-1	☐
Manos	38	Presencia	4		2		2		1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	☐
	39	Dedos	4		4		1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	☐
	40	Número de dedos: 5	4		4		4		4		2		2		2		☐
	41	Forma de los dedos	4		4		4		4		4		2		2		☐
	42	Pulgar e índice	4		4		4		4		4		2		2		☐
Piernas	43	Presencia	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	☐
	44	Dos dimensiones	2		1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	☐
	45	Proporción	2		2		2		2		2		2		2		☐
	46	Esp. entre cintura y muslo	4		4		4		4		4		2		1	-1	☐
Pies	47	Presencia	4		1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	☐
	48	Dos dimensiones	2		1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	☐
	49	Forma (+ largo que ancho)	4		3		2		2		1	-1	1	-1	1	-1	☐
Ropa	50	Ropa I (torso)	4		4		3		3		2		2		2		☐
	51	Ropa II (mitad inferior)	4		3		3		3		3		2		2		☐
	52	Zapatos	4		4		4		2		2		2		2		☐
		TOTAL							24 6								
MMPd		Σ SÍ – Σ NO=							18								NV

2

Anote estos valores en la portada del cuadernillo.

Figura 4.4

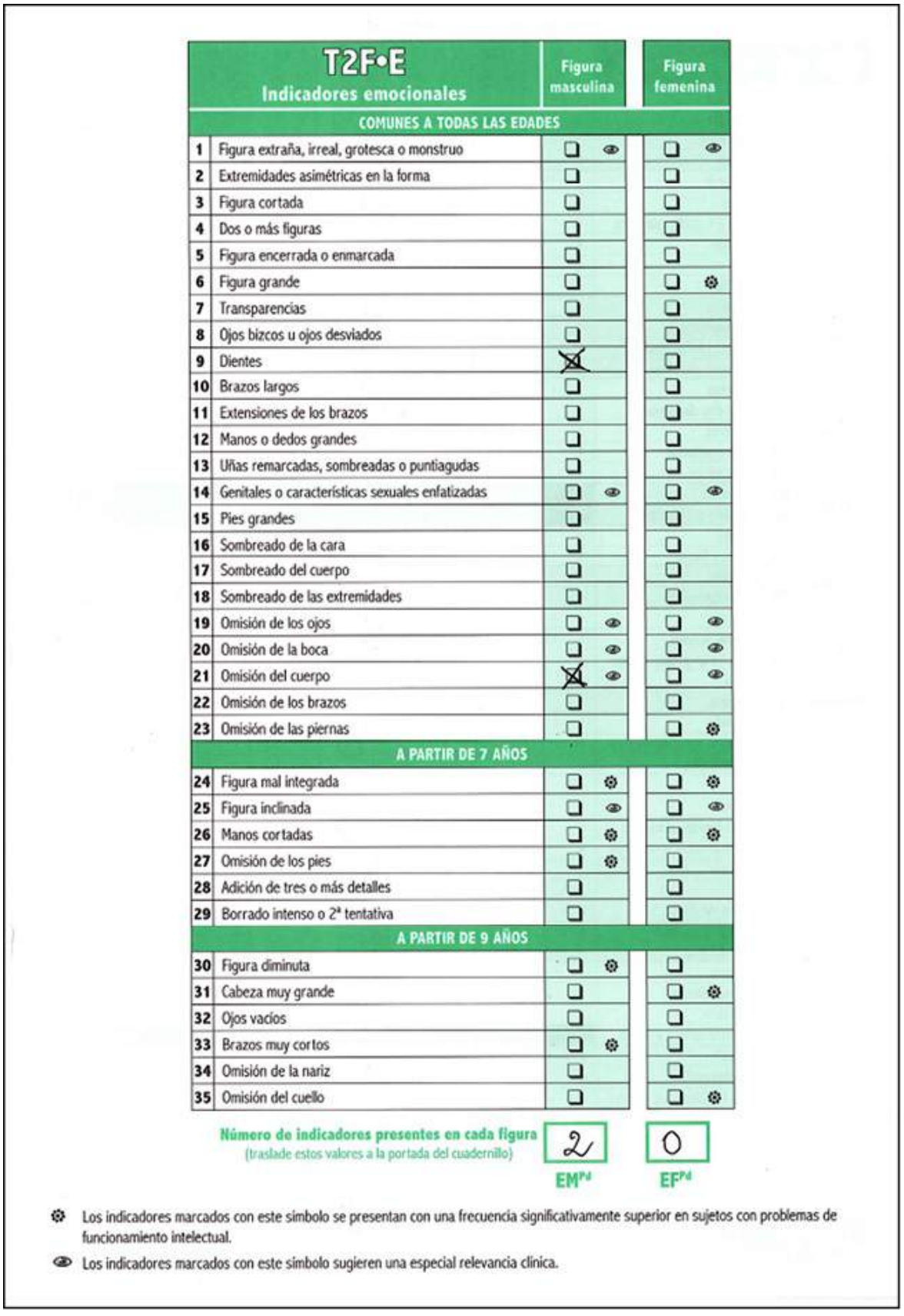


Rodee con un círculo el valor de cada ítem

T2F•M		FIGURA FEMENINA	3° EI Sí	3° EI No	1° EP Sí	1° EP No	2° EP Sí	2° EP No	3° EP Sí	3° EP No	4° EP Sí	4° EP No	5° EP Sí	5° EP No	6° EP Sí	6° EP No	No valorable (NV)
Cabeza	1	Presencia	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	❑
Cabello	2	Presencia	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	❑
	3	Adaptación	3		3		3		2		1	-1	1	-1	1	-1	❑
	4	Peinado	4		4		4		4		4		4		4		❑
Ojos	5	Presencia	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	❑
	6	Pupilas	4		4		2		2		2		2		2		❑
	7	Forma (+ ancho que alto)	4		4		4		3		3		3		3		❑
	8	Dirección	4		4		2		2		2		2		2		❑
	9	Cejas	4		4		4		3		2		2		2		❑
	10	Pestañas	4		2		2		2		2		2		2		❑
Nariz	11	Presencia	4		2		2		2		1	-1	1	-1	1	-1	❑
	12	Dos dimensiones	4		4		3		2		1	-1	1	-1	1	-1	❑
	13	Orificios o fosas nasales	3		3		2		2		2		2		2		❑
	14	Estructura completa	2		2		2		2		2		2		2		❑
Boca	15	Presencia	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	❑
	16	Labios dos dimensiones	2		2		2		2		2		2		2		❑
	17	Dos labios	2		2		2		2		2		2		2		❑
	18	Labios perfilados	4		4		4		4		4		4		4		❑
	19	Nariz y labios	4		4		4		4		4		2		2		❑
Orejas	20	Presencia	Este elemento no es valorable en esta figura.														
	21	Posición y proporción															
Cara	22	Mofletes	2		2		2		2		2		2		2		❑
	23	Mentón y frente	3		2		2		1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	❑
Cuello	24	Presencia	4		4		2		2		2		1	-1	1	-1	❑
	25	Dos dimensiones	4		4		2		2		2		1	-1	1	-1	❑
Tronco	26	Presencia	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	❑
	27	Dos dimensiones	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	❑
	28	Forma (+largo que ancho)	2		1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	❑
	29	Cintura	3		2		2		2		2		2		2		❑
Hombros	30	Presencia	4		4		4		4		4		4		4		❑
Brazos	31	Presencia	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	❑
	32	Brazos en dos dimensiones	2		1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	❑
	33	Junto al tronco	2		2		2		2		1	-1	1	-1	1	-1	❑
	34	Codo	4		4		4		4		2		2		2		❑
	35	Largura	2		2		2		2		2		2		2		❑
	36	Unión I (unidos al tronco)	3		1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	❑
	37	Unión II (unidos al hombro)	4		4		2		2		1	-1	1	-1	1	-1	❑
Manos	38	Presencia	2		2		2		1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	❑
	39	Dedos	2		2		1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	❑
	40	Número de dedos: 5	4		4		4		4		3		3		3		❑
	41	Forma de los dedos	4		4		4		4		4		3		3		❑
	42	Pulgar e índice	4		4		4		4		4		2		2		❑
Piernas	43	Presencia	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	❑
	44	Dos dimensiones	2		1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	❑
	45	Proporción	2		2		2		2		2		2		1	-1	❑
	46	Esp. entre cintura y muslo	Este elemento no es valorable en esta figura.														
Pies	47	Presencia	4		1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	❑
	48	Dos dimensiones	4		1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	❑
	49	Forma (+ largo que ancho)	4		4		2		2		1	-1	1	-1	1	-1	❑
Ropa	50	Ropa I (torso)	2		2		2		2		2		2		1	-1	❑
	51	Ropa II (mitad inferior)	4		2		2		2		2		1	-1	1	-1	❑
	52	Zapatos	4		4		4		2		2		2		2		❑
		TOTAL							33 4								
MF^Pd		Σ SÍ – Σ NO=							29								NV

Anote estos valores en la portada del cuadernillo.

Figura 4.5



T2F•E Indicadores emocionales		Figura masculina	Figura femenina
COMUNES A TODAS LAS EDADES			
1	Figura extraña, irreal, grotesca o monstruo	❑ 👁	❑ 👁
2	Extremidades asimétricas en la forma	❑	❑
3	Figura cortada	❑	❑
4	Dos o más figuras	❑	❑
5	Figura encerrada o enmarcada	❑	❑
6	Figura grande	❑	❑ ⚙
7	Transparencias	❑	❑
8	Ojos bizcos u ojos desviados	❑	❑
9	Dientes	☒	❑
10	Brazos largos	❑	❑
11	Extensiones de los brazos	❑	❑
12	Manos o dedos grandes	❑	❑
13	Uñas remarcadas, sombreadas o puntiagudas	❑	❑
14	Genitales o características sexuales enfatizadas	❑ 👁	❑ 👁
15	Pies grandes	❑	❑
16	Sombreado de la cara	❑	❑
17	Sombreado del cuerpo	❑	❑
18	Sombreado de las extremidades	❑	❑
19	Omisión de los ojos	❑ 👁	❑ 👁
20	Omisión de la boca	❑ 👁	❑ 👁
21	Omisión del cuerpo	☒ 👁	❑ 👁
22	Omisión de los brazos	❑	❑
23	Omisión de las piernas	❑	❑ ⚙
A PARTIR DE 7 AÑOS			
24	Figura mal integrada	❑ ⚙	❑ ⚙
25	Figura inclinada	❑ 👁	❑ 👁
26	Manos cortadas	❑ ⚙	❑ ⚙
27	Omisión de los pies	❑ ⚙	❑
28	Adición de tres o más detalles	❑	❑
29	Borrado intenso o 2ª tentativa	❑	❑
A PARTIR DE 9 AÑOS			
30	Figura diminuta	❑ ⚙	❑
31	Cabeza muy grande	❑	❑ ⚙
32	Ojos vacíos	❑	❑
33	Brazos muy cortos	❑ ⚙	❑
34	Omisión de la nariz	❑	❑
35	Omisión del cuello	❑	❑ ⚙

Número de indicadores presentes en cada figura
(traslade estos valores a la portada del cuadernillo)

EM^{Pd}	EF^{Pd}
2	0

⚙ Los indicadores marcados con este símbolo se presentan con una frecuencia significativamente superior en sujetos con problemas de funcionamiento intelectual.

👁 Los indicadores marcados con este símbolo sugieren una especial relevancia clínica.

Figura 4.6

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN (Descargar o imprimir)

1. Los niños y niñas son capaces de realizar un dibujo de la figura humana bien elaborado:

   a) A los 4 años.
   b) A los 5 años.
   c) A los 6 años.

2. La etapa pre-esquemática:

   a) Se caracteriza por los primeros intentos de la representación.
   b) Es una etapa de adquisición del concepto de la forma.
   c) Corresponde al período de los 7 a los 9 años.

3. La etapa óptima del dibujo:

   a) Está asociada a la etapa esquemática en la que el niño llega a formarse un concepto definido del hombre y de su ambiente.
   b) Se llega a alcanzar entre los 11 y 12 años, edad en la que se desarrolla el pensamiento abstracto.
   c) Se asocia al momento en el que los niños y niñas descubren que hay una relación entre el objeto y el color.

4. Identifica el instrumento psicométrico de evaluación que permite realizar una evaluación madurativo-mental y una evaluación emocional, disponiendo de baremos para niños y niñas de 5 a 12 años:

   a) El dibujo de la figura humana (DFH) de Koppitz (1974).
   b) El test de inteligencia infantil por medio del dibujo de la figura humana de Goodenough (1926).
   c) El T2F. Test del dibujo de dos figuras humanas de Maganto y Garaigordobil (2009).

5. El Test del dibujo de dos figuras humanas (T2F. Maganto y Garaigordobil, 2009):

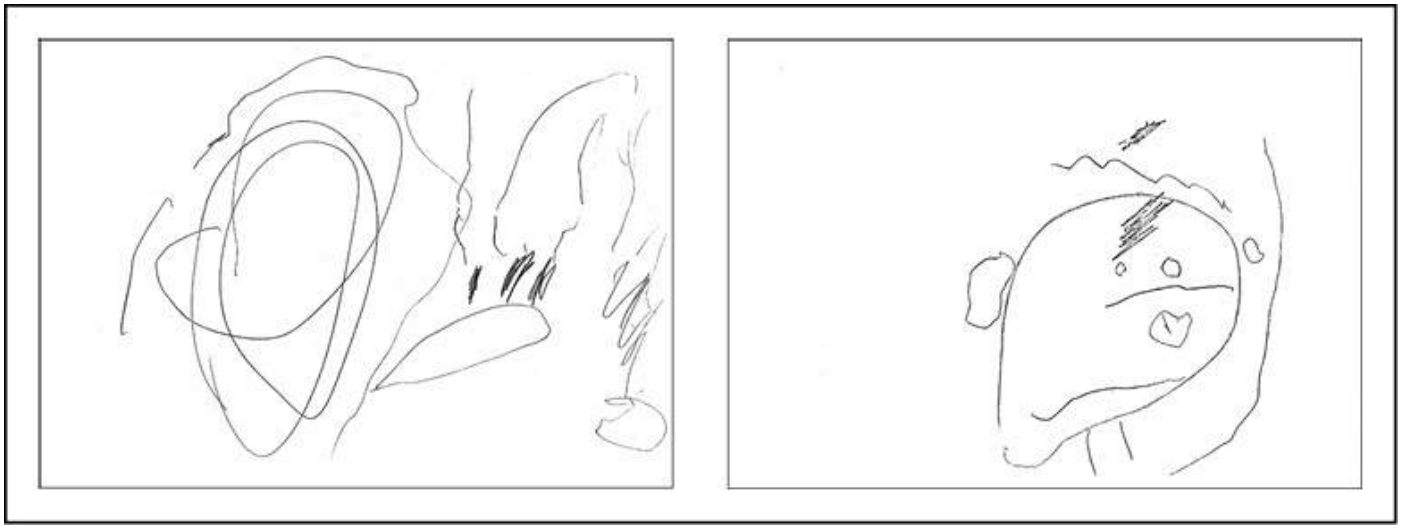
   a) Se ha validado utilizando el SPECI. Screening de Problemas Emocionales y de Conducta Infantil (Garaigordobil y Maganto, 2012).
   b) No dispone de evidencias de validez, siendo necesarios nuevos estudios para aportar validez de constructo, convergente y divergente.
   c) Tiene coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) de .55 y .60 respectivamente en cada una de sus escalas, que son muy adecuados y avalan su fiabilidad.

Respuestas correctas

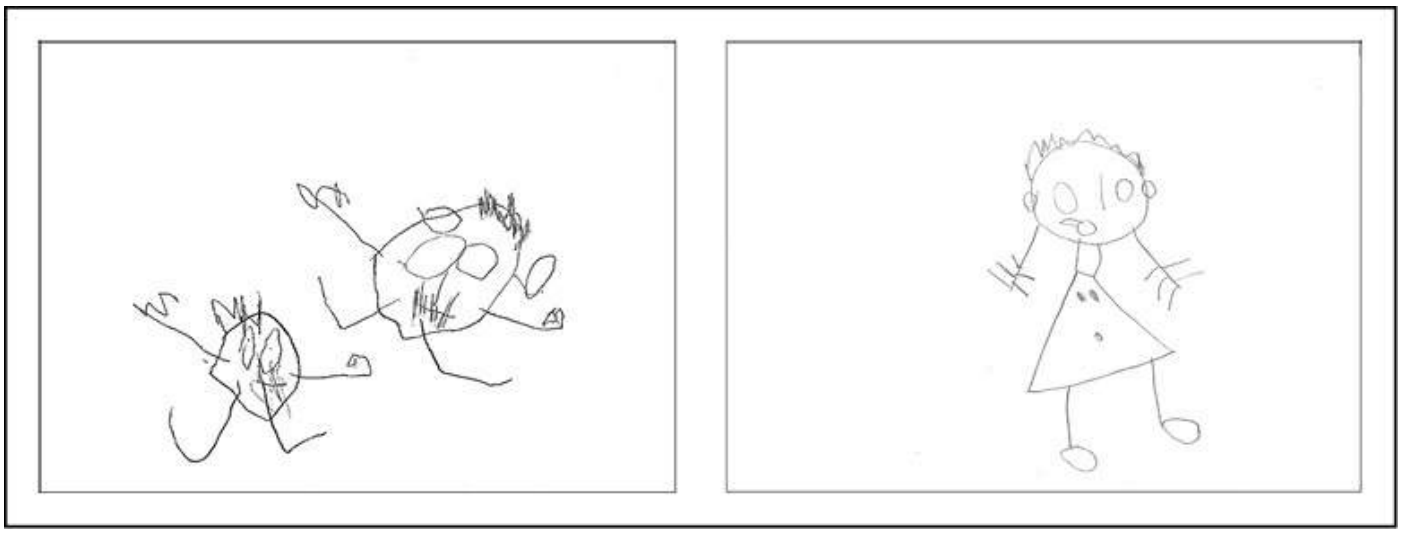
1	2	3	4	5
c)	*a*)	*b*)	*c*)	*a*)

ANEXO

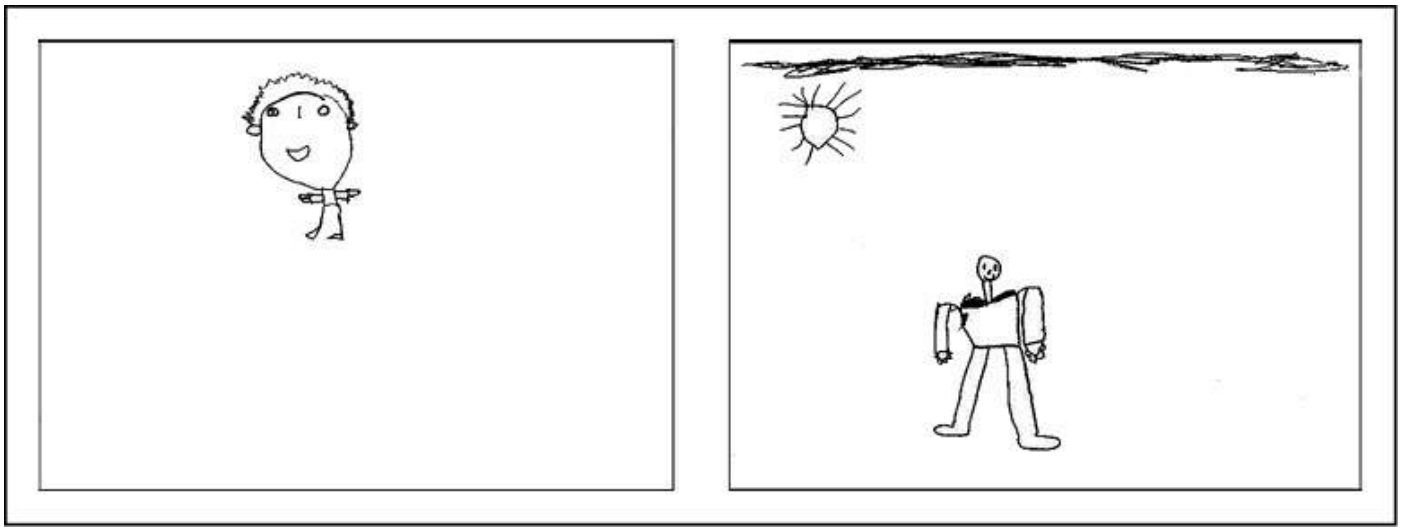
2-3 años



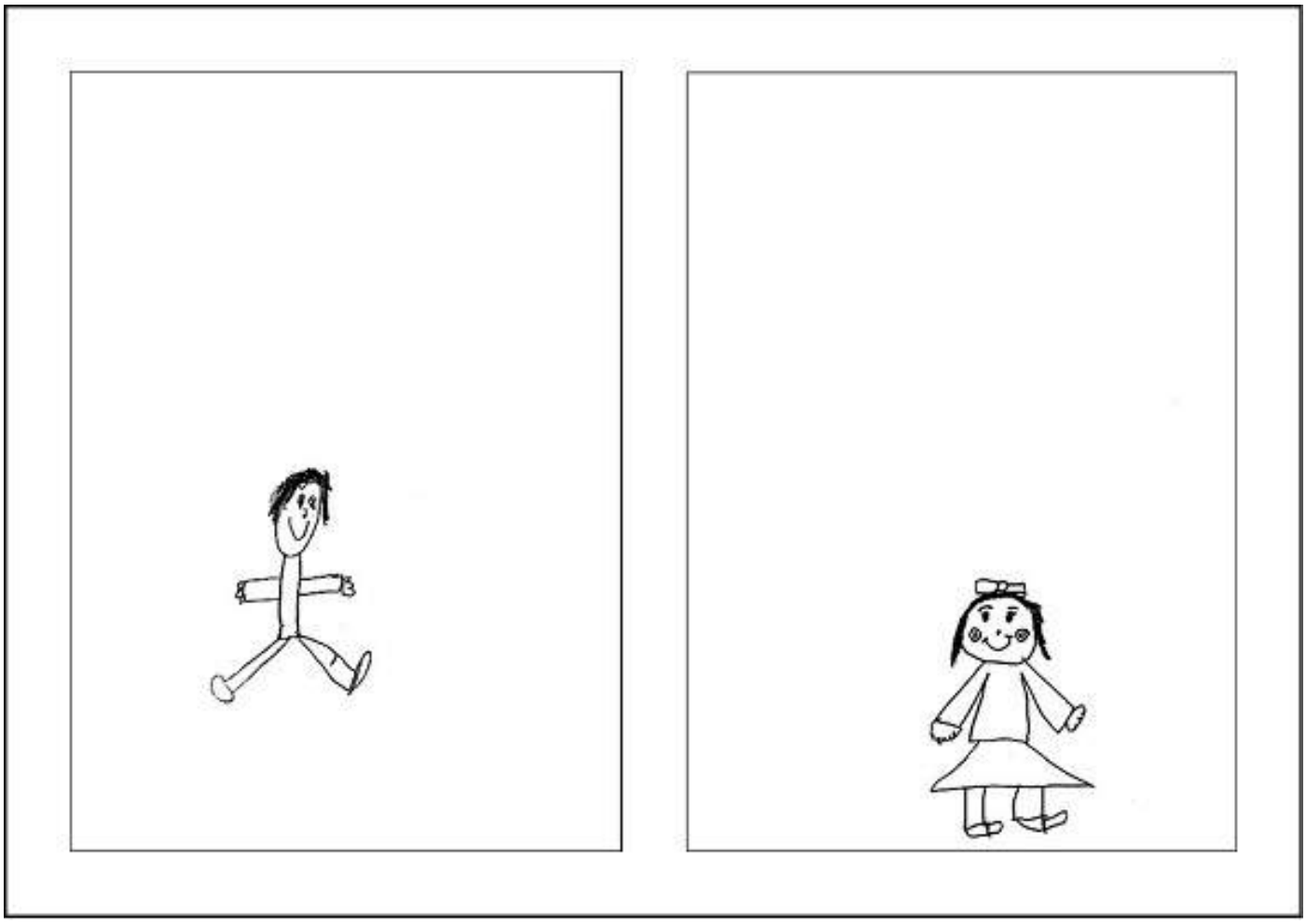
4 años



5 años

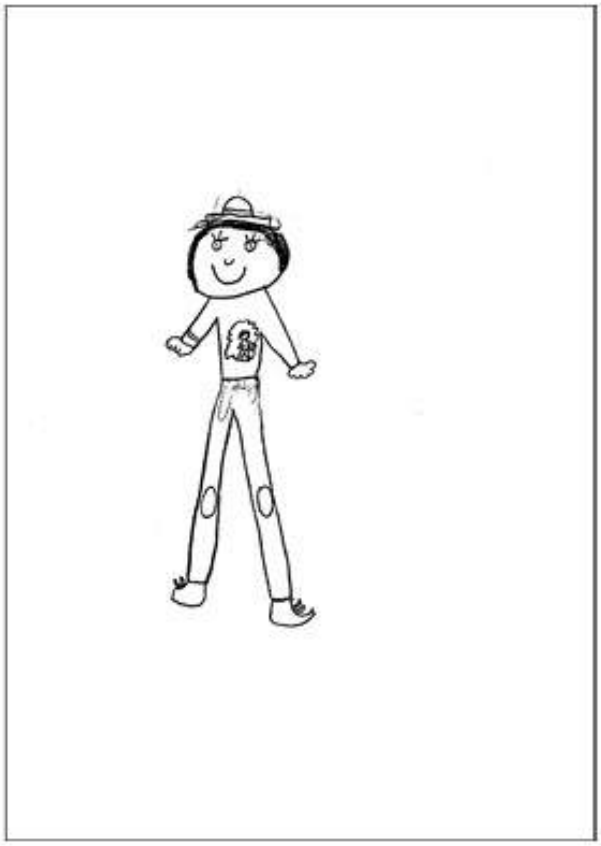


6 años



7 años





8 años



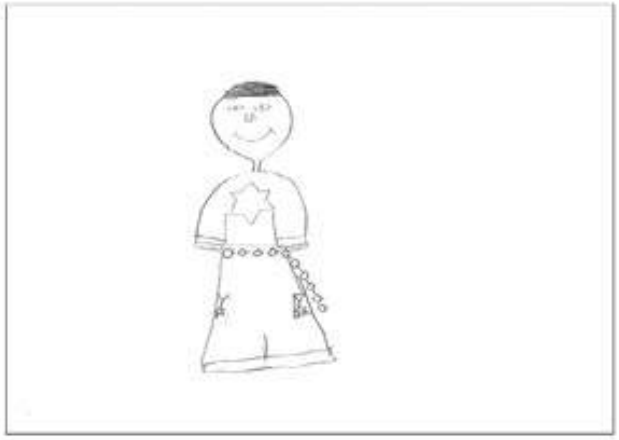


9 años



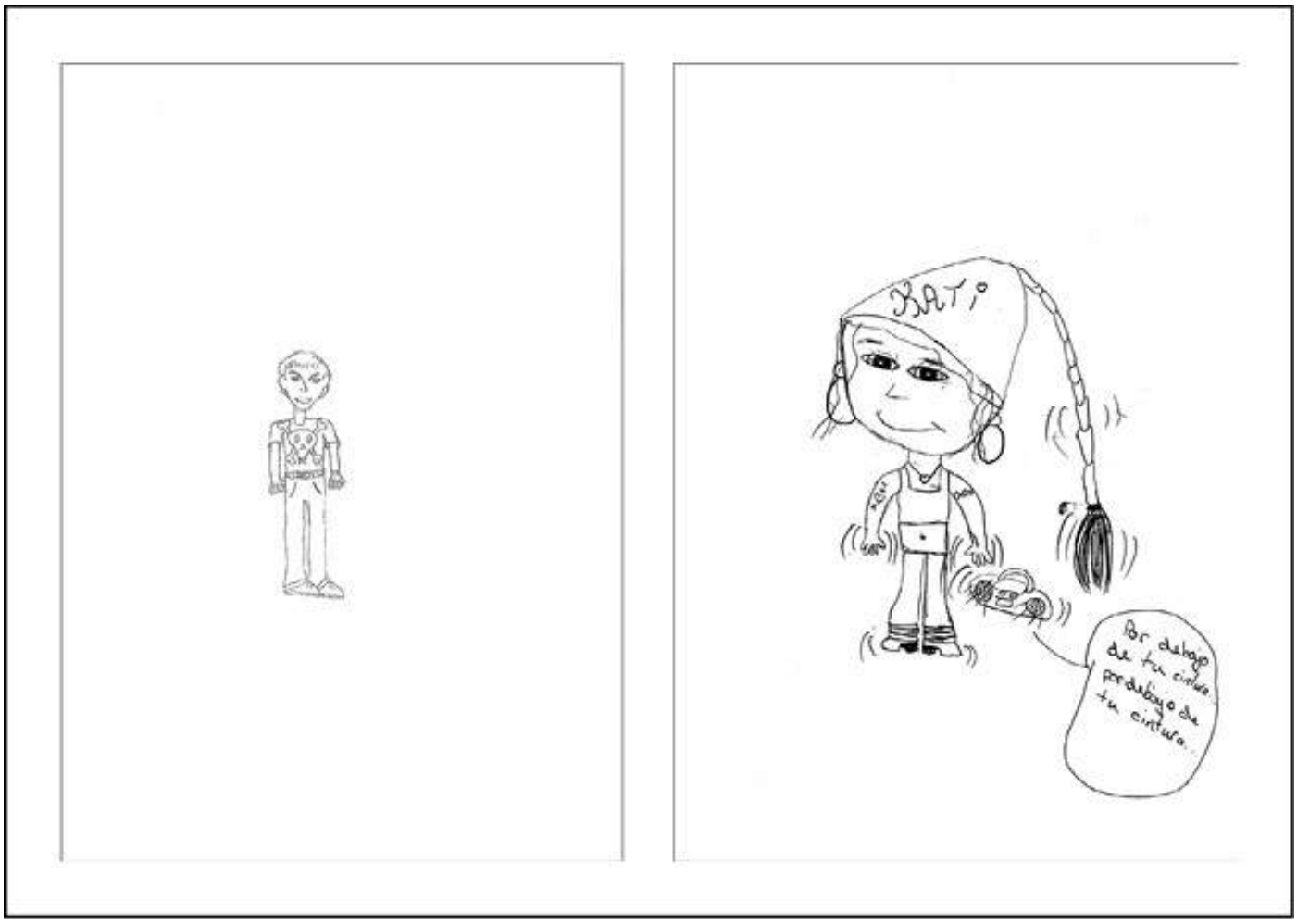


10 años





11 años



12 años



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abell, S. C., Wood, W. y Liebman, S. J. (2001). Children's human figure drawings as measures of intelligence: The comparative validity of three scoring systems. *Journal of Psychoeducational Assessment, 19*(3), 204-215.

Abreu, M. y Vanja, B. (2006). Emotional indicators of sexual abuse in the projective drawings of human figure. *Revista de Terapia Sexual y de Pareja, 25*, 51-73.

Aldridge, J., Lamb, M. E., Sternberg, K. J., Orbach, Y., Esplin, P. W. y Bowler, L. (2004). Using a human figure drawing to elicit information from alleged victims of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(2), 304-316.

Aubin, H. G. (1974). *El dibujo del niño inadaptado*. Barcelona: Laia.

Barbosa, P. (2013). *Psicopatología y test gráficos*. Barcelona: Herder.

Barlow, C. M., Jolley, R. P., White, D. G. y Galbraith, D. (2003). Rigidity in children's drawings and its relation with representational change. *Journal of Experimental Child Psychology, 86*(2), 124-152.

Barros, M. C. e Ison, M. S. (2002). Children's behavioral disorders: Developmental and emotional indicators in the human figure drawing test. *Revista Interamericana de Psicología, 36*(1-2), 279-298.

Bender, L. (1975). *El Test Gestáltico Visomotor*. Buenos Aires: Paidós.

Benveniste, D. (2005). Recognizing defenses in the drawings and play of children in therapy. *Psychoanalytic Psychology, 22*(3), 395-410.

Brechet, C., Baldy, R. y Picard, D. (2009). How does Sam feel?: Children's labelling and drawing of basic emotions. *British Journal of Developmental Psychology, 27*(3), 587-606.

Brechet, C., Picard, D. y Baldy, R. (2007). Expression des émotions dans le dessin d'un homme chez l'enfant de 5 à 11 ans. *Canadian Journal of Experimental Psychology, 61*(2), 142-153.

Brechet, C., Picard, D. y Baldy, R. (2008). Dessin d'un homme anime d'emotions: Effet du sexe du dessinateur. En E. Loarer,

J. L. Mogenet, F. Cuisinier, H. Gottesdiener, P. Mallet y P. Vrignaud (Eds.), *Perspectives differentielles en psychologie*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
Brotat, M. y Brotat, T. (2000). Sexo de la primera figura y género del sujeto en la técnica de Machover. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 27*(2), 88-92.
Buck, J. N. (1948). The H-T-P Technique: A qualitative and quantitative scoring manual. *Journal of Clinical Psychology* (Supp. 5).
Buck, J. N. (1966). *The house-tree-person technique: Revised manual.* Los Angeles CA, EEUU: Western Psychological Services.
Buck, J. N. (2002). *HTP. Manual y guía de interpretación de la técnica del dibujo proyectivo*. México: Manual Moderno (original publicado en 1992) (revisado por W. L. Warren).
Buck, J. N. (2008). *Casa, Árbol, Persona. Técnica proyectiva del dibujo. Manual y guía de interpretación*. Madrid: TEA (trabajo original publicado en 1992) (revisado por W. L. Warren).
Burgemeister, B. B., Blum, L. H. y Lorge, S. (1979). *CMMS. Columbia Mental Maturity Scale*. Nueva York: Harcourt Brace Jovanovich (trabajo original publicado en 1954).
Caligor, L. (1960). *Nueva interpretación psicológica de dibujos de la figura humana*. Buenos Aires: Kapelusz.
Cid Rodríguez, M. J. (2002). *Las técnicas proyectivas gráficas. El test del árbol en el medio docente e investigador.* Granada: Editor Cid Rodríguez, M. J.
Claride, M. y Scafati, A. (1981). *Revisión crítica de los ítems del test de la figura humana de Koppitz*. Buenos Aires: Eudeba.
Cohen-Liebman, M. S. (1995). Drawings as judiciary aids in child abuse litigation: A composite list of indicators. *The Arts in Psychotherapy, 22,* 475-483.
Corman, L. (1967). *El test del dibujo de la familia en la práctica médico-pedagógica*. Buenos Aires: Kapelusz (trabajo original publicado en 1961).
Corman, L. (1971). *El test de los garabatos. Exploración de la personalidad profunda*. Buenos Aires: Kapelusz.
Deaver, S. P. (2009). A normative study of children's drawings: Preliminary research findings. *Art Therapy, 26*(1), 4-11.
Debienne, M. C. (1979). *El dibujo en el niño*. Barcelona: Planeta.
Di Leo, J. H. (1978). *Los dibujos de los niños como ayuda diagnóstica*. Buenos Aires: Paidós.
Duvorgel, B. (1981). *El dibujo en el niño*. Barcelona: Paidós.
Edfeldt, A. W. (1977). *Manual del Reversal Test.* Barcelona: Herder.
Eno, L., Elliot, C. y Woehlke, P. (1981). Koppitz emotional indicators in the Human-figure drawings of children with learning problems. *Journal of Special Education, 15*(4), 459-470.
Flanagan, R. y Motta, R. W. (2007). Figure Drawings: A Popular Method. *Psychology in the Schools, 44,* 257-270.
Franco, F., Karp, S. A y Schottenbauer, M. A. (2005). The Spanish Version of the Draw-A-Person Questionnaire (DAPQ). *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 27*(4), 455-470.
Frank de Verthelyi, R. (1985). *Interacción y Proyecto familiar. Evaluación individual, diádica y grupal por medio del test de la familia kinética actual y prospectiva*. Barcelona: Gedisa.
Frank de Verthelyi, R. y Baringoltz de Hirsch, S. (1984). *Identidad y vínculo en el test de las dos personas*. Buenos Aires: Paidós.
Garaigordobil, M. (1993). Un estudio correlacional de las vinculaciones entre la conducta social con otras variables socio-cognitivas y afectivas del desarrollo infantil. *Revista de Psicología de la Educación, 4*(11), 49-71.
Garaigordobil, M. (1999). *Un instrumento para la evaluación-intervención en el desarrollo psicomotriz.* Vitoria: Agruparte.
Garaigordobil, M. y Maganto, C. (2012). *SPECI. Screening de problemas emocionales y de conducta infantil.* Madrid: TEA.
Garaigordobil, M. y Pérez, J. I. (2004). Evaluación de un programa de juego creativo: Implicaciones en la estabilidad emocional, las estrategias de interacción social y el autoconcepto de niños de 10 a 11 años. *Educación y Ciencia, 8, 15*(29), 65-84.
Garaigordobil, M., Álvarez, Z. y Carralero, V. (2004). Conducta antisocial en niños de 10 a 12 años: factores de personalidad asociados y variables predictoras. *Análisis y modificación de conducta, 130,* 241-271.
Garb, H. N., Wood, J. M. y Nezworski, T. M. (2000). Projective techniques and the detection of child sexual abuse. *Child Maltreatment: Journal of the American Professional Society on the Abuse of Children, 5,* 161-168.
Garb, H. N., Wood, J. M., Lilienfeld, S. O. y Nezworski, M. T. (2002). Effective use of projective techniques in clinical practice: Let the data help with selection and interpretation. *Professional Psychology: Research and Practice, 33,* 454-463.
Goodenough, F. (1926). *The measurement of Intelligence by drawings*. Nueva York. Yonkers World Book.
Goodenough, F. (1971). *Test de inteligencia infantil por medio del dibujo de la figura humana*. Buenos Aires: Paidós.
Goodnow, J. (1979). *El dibujo infantil.* Madrid: Morata.
Grassano de Piccolo, E. (1983). *Indicadores psicopatológicos en técnicas proyectivas.* Buenos Aires: Nueva Visión (original publicado en 1977).
Groth-Marnat, G. y Roberts, L. (1998). Human figure drawings and house-tree-person drawings as indicators of self-esteem: A

quantitative approach. *Journal of Clinical Psychology, 54*, 219-222.
Hammer, E. F. (1982). *Tests proyectivos gráficos*. Buenos Aires: Paidós (trabajo original publicado en 1969).
Hammer, E. F. (1997). *Advances in projective drawing interpretation*. Springfield, IL: Charles Thomas.
Harris. D. (1982). *Test de Goodenough, revisión, ampliación, actualización*. Buenos Aires: Paidós (trabajo original publicado en 1963).
Khon, S. W. (2002). The utility of projective instruments in identifying depression in aggressive children. *Dissertation Abstract International: Section B: The Sciences and Engineering, 63*(5-b), 2639.
Koch, K. (1962). *El test del árbol*. Buenos Aires: Kapelusz.
Koppitz, M. E. (1974). *El dibujo de la figura humana en niños*. México: Guadalupe.
Koppitz, M. E. (1975). *El test gestálico visomotor para niños*. Buenos Aires: Guadalupe Biblioteca Pedagógica (trabajo original publicado en 1963).
Koppitz, M. E. (1984). *Psychological evaluation of human figure drawings by middle school pupils*. Londres: Grune & Stratton.
Koppitz, M. E. (1991). *Evaluación psicológica de los dibujos de la figura humana por alumnos de educación media*. México: Manual Moderno (original publicado en 1984).
Kramer, E. (1985). *El arte como terapia infantil*. México: Diana.
La Voy, S. K., Pedersen, W. C., Reitz, J. M., Brauch, A. A., Luxenberg, T. M. y Nofsinger, C. C. (2001). Children's drawings: A cross cultural analysis from Japan and the United States. *School Psychology International, 22*(1), 53-63.
López, M. D. (2006). *Test de la casa*. México: Manual Moderno.
Lowenfeld, V. y Lambert, B. (1980). *Desarrollo de la capacidad creadora*. Buenos Aires: Kapelusz (original publicado en 1947).
Luçart, G. (1984). *Pintar, dibujar, escribir, pensar. El grafismo en preescolar*. Madrid. Cincel-Kapelusz.
Luquet, G. H. (1978). *El dibujo infantil*. Barcelona: Médico Técnica.
Machón, A. (2009). *Los dibujos de los niños*. Madrid: Cátedra (Anaya).
Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawing of the Human Figure*. Springfield: Thomas.
Machover, K. (1953). Human figure drawings of children. *Journal of Projective Techniques, 17,* 85-91.
Machover, K. (1974). *Proyección de la personalidad en el dibujo de la figura humana*. Bogotá: Cultural Colombiana.
Maganto, C. (1990). El dibujo como medio de conocimiento del niño y expresión de la personalidad. En C. Maganto (Ed.), *Orientación e intervención psicológica del niño en la familia* (pp. 55-68). San Sebastián: Cuadernos de Extensión Universitaria. Servicio Editorial de la UPV.
Maganto, C. (2014). *Evaluación psicológica infantil a través del dibujo*. Conferencia impartida en el IV Symposium Nacional de Psicología Clínica y de la Salud con niños y adolescentes. Elche, Alicante: Organizado por la Universidad Miguel Hernández y la Asociación AITANA.
Maganto, C. y Maganto, J. M.ª (1990). *TDA. Test del dibujo de un animal*. Madrid: Seco-Olea.
Maganto, C. y Garaigordobil, M. (2009). *T2F. Test del dibujo de las dos figuras humanas*. Madrid: TEA.
Martínez, E. y Delgado, J. (1983). *El origen de la expresión en niños de 3 a 6 años*. Madrid: Cincel.
Martínez, E. y Delgado, J. (1984). *La afirmación de la expresión en niños de 6 a 8 años*. Madrid: Cincel.
Matto, H. C. (2002). Investigating the validity of the Draw A Person: Screening Procedure for Emotional Disturbance: A measurement validity study with high-risk youth. *Psychological Assessment, 14,* 221-225.
Matto, H. C. y Naglieri, J. A. (2005). Race and ethnic differences and human figure drawings: Clinical utility of the DAP: SPED. *Journal-of-Clinical-Child-and-Adolescent-Psychology, 34*(4), 706-711.
McNeish, T. J. y Naglieri, J. A. (1993). Identification of individuals with serious emotional disturbance using the Draw-a-Person: Screening Procedure for Emotional Disturbance. *The Journal of Special Education, 27*, 115-121.
Naglieri, J. (1988). *DAP: Draw a person: A quantitative Scoring System Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
Naglieri, J. A. y Clausen, C. (2005). Validity of the Draw-A-Person: Screening Procedure for Emotional Disturbance (DAP: SPED) in Strengths-Based Assessment. *Research-on-Social-Work-Practice, 15*(1), 41-46.
Naglieri, J. A. y Pfeiffer, S. I. (1992a). Validity of the draw-a-person: Screening procedure for emotional disturbance with a socially-emotionally disturbed sample. *Psychological Assessment, 4,* 156-159.
Naglieri, J. A. y Pfeiffer, S. I. (1992b). Performance of disrupted behavior disordered and normal samples on the Draw a Person: Screening Procedure for Emotional Disturbance. *Psychological Assessment, 4,* 156-159.
Naglieri, J., McNeish, T. y Bardos, A. (1991). *DAP: SPED. Draw a person: Screening Procedure for Emotional Disturbance. Examiner's Manual*. Austin: Texas: Pro-Ed.
Núñez de Arco, J., Echevarria, M. L. y Zapata, R. (1996). El dibujo como expresión de la agresividad. *Revista Española de Psiquiatría Forense, 0,* 37-44.
Osterrieth, P. (1977). *El dibujo en el niño (Tomo 6 del Tratado de psicología del niño)*. Madrid: Morata.

Ozer, S. (2009). Relationship of Bender Gestalt developmental scores and human drawing developmental scores in a sample of Turkish preschool children. *School Psychology International, 30*(2), 137-147.
Peterson, L. W. y Hardin, M. (1997). *Children in distress: A guide for screening children's art*. Nueva York: W. W. Norton & Company.
Piperno, F., Di Biasi, S. y Levi, G. (2007). Evaluation of family drawings of physically and sexually abused children. *European Child and Adolescent Psychiatry, 16*(6), 389-397.
Pont, T. (2014). *Los tests gráficos en el psicodiagnóstico*. Madrid: Síntesis.
Rueda, F. M. y Sisto, F. F. (2006). Raven's Coloured Progressive Matrices and DFH-Escala Sisto: Convergent Validity Evidence. Psicologia: *Teoria, Investigacao e Pratica, 11*(2), 197-210.
Sisto, F. (2000). Relationship of the Piagetian cognitive development to human figure drawing. *Child Study Journal, 30*(4), 22-232.
Stora, R. (1980). *El test del árbol*. Barcelona: Paidós.
Ter Laak, J., de Goede, M., Aleva, A. y Van-Rijswijk, P. (2005). The Draw-A-Person Test: An indicator of children's cognitive and socioemotional adaptation? *Journal of Genetic Psychology, 166*(1), 77-93.
Throwbridge, M. M. (1995). Graphic indicator's of sexual abuse in children's drawings: A review of the literature. *The Arts in Psychotherapy, 22*, 485-493.
Tressoldi, P. E., Barilani, C. y Pedrabissi, L. (2004). The psychometric quality of projective techniques for children and adolescents in Italy. *Psicología clínica dello Sviluppo, 8*(1), 9-28.
Valdés, R. (1979). *El desarrollo psicográfico del niño*. La Habana: Científico Técnica.
Wechsler, S. (2000). El *diseño de la Figura Humana. Indicadores para niños/as de Brasil* (2.ª ed.): Sao Paolo.
West, M. M. (1998). Meta-analysis of studies assessing the efficacy of projective techniques in discriminating child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect, 22*, 1151-1166.
Widlöcher, D. (1971). *Los dibujos de los niños*. Barcelona: Herder (original publicado en 1965).
Williams, S. D., Wiener, J. y MacMillan, H. (2005). Build-a-Person Technique: An examination of the validity of human-figure features as evidence of childhood sexual abuse. *Child-Abuse-and-Neglec*t, *29*(6), 701-713.
Yama, M. F. (1990). The usefulness of human figure drawing as an index of overall adjustment. *Journal of Personality Assessment, 54*, 78-86.
Zazzo, R. (1971). *Manual para el examen psicológico del niño*. Madrid: Fundamentos.

5

Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

CARMEN MAGANTO
MAITE GARAIGORDOBIL

OBJETIVOS DEL CAPÍTULO

Este capítulo tiene como objetivo ofrecer una visión de los trastornos alimentarios y de la ingesta de alimentos en niños y adolescentes. Más allá de la patología alimentaria, se pretende dar a conocer los aspectos que promueven y afectan al desarrollo evolutivo de la conducta alimentaria. Se hace especial hincapié en las variables familiares, y más en concreto en el vínculo madre-bebé como precursor de la salud física y emocional de los niños y niñas. Este vínculo primigenio aporta un cuidado nutricional y psicológico sano, o bien es precursor de posibles alteraciones alimentarias posteriores. Se pretende que el lector se familiarice con la descripción clínica del DSM-5 y conozca los instrumentos de evaluación más rigurosos en relación a esta problemática, así como los diferentes modos de intervención y tratamiento, tanto en formato individual como institucional a través de programas.

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos contemplan en la actualidad una amplia variedad de alteraciones de diversa índole, y han sido objeto de atención multiprofesional por las graves consecuencias que conllevan. La alarma social que despierta el incremento de la prevalencia de los mismos, y el hecho de que se inician en edades más tempranas, justifica el interés por su estudio.

El objetivo del presente capítulo es describir los trastornos alimentarios y de la ingesta de alimentos en niños y adolescentes. La exposición teórica comprende cinco grandes bloques. 1) Por un lado, el desarrollo evolutivo normal de los niños en relación a la alimentación, los trastornos alimentarios en función de la edad y los modelos explicativos de dichos trastornos. 2) Seguidamente se expone el apartado sobre evaluación, que se inicia con los criterios diagnósticos del DSM-5 para cada uno de los trastornos alimentarios y de la ingesta de alimentos, aportando algunas características conductuales, cognitivas, emocionales y físicas específicas de cada uno de ellos. Se explica qué áreas es importante evaluar y se sintetizan los principales instrumentos de evaluación de los trastornos más habituales en consulta: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastornos de la imagen corporal (IC). 3) Seguidamente se describen las estrategias de intervención y tratamiento con mayor base de experimentalidad en las alteraciones alimentarias. 4) Un breve apartado trata de sintetizar las conclusiones más relevantes. 5) El capítulo finaliza con la presentación de un caso clínico que ejemplifica uno de los trastornos expuestos previamente.

2. INTRODUCCIÓN TEÓRICA

2.1. Desarrollo evolutivo normal

Los problemas alimentarios son más comunes de lo que se supone y cubren un rango de conductas con connotaciones muy diversas en función de la edad y sexo de los pacientes. En la primera infancia es el ámbito pediátrico y psicológico quien aborda preferentemente estos problemas, informando de una prevalencia asombrosa. El 25 por 100 de los lactantes y niños pequeños, así como el 80 por 100 de los que manifiestan alguna alteración en el desarrollo, muestran problemas con la alimentación (Chatoor, 2006). Los niños presentan alteraciones muy diversas: ingesta insuficiente o rechazo manifiesto a alimentarse, consumo ansioso o excesivo, vómitos recurrentes o comportamientos inadecuados o extraños en relación a la

comida, como la pica o la rumiación. A veces estos trastornos afectan al desarrollo físico, denominándose por la clínica pediátrica trastornos del crecimiento, ya que en tales cuadros el peso y la altura presentan valores por debajo de dos desviaciones típicas de acuerdo a su edad. Otros, por el contrario, presentan problemas de sobrealimentación.

Los procesos primarios de vinculación madre-bebé pasan por la regulación alimentaria, iniciándose este aprendizaje con fuertes connotaciones emocionales. La madre o los cuidadores primarios son los moduladores y educadores de la dieta alimentaria desde el inicio de la vida. Este vínculo va a ser decisivo en el desarrollo infantil y conviene tenerlo presente como telón de fondo de esta exposición (Maganto, 2011a). El resultado de cualquier agresión, ya sea un déficit nutricional, una enfermedad o una deprivación psicosensorial y afectiva, produce una detención de estos importantes procesos, pudiendo dejar secuelas permanentes a pesar de una rehabilitación posterior.

Aunque el origen de las alteraciones alimentarias es multicausal, ya las observaciones de Spitz (1965) permitieron corroborar la etiología de carácter emocional y vincular de algunos de estos trastornos. El cuidado nutricional de un niño es un factor determinante de su evolución clínica y su desarrollo físico, intelectual y emocional. Los errores nutricionales desatendiendo a las orientaciones pediátricas sobre qué dar, cuándo dar, cuánto dar o cómo dar no son infrecuentes, y esto ha afectado a las consecuentes alteraciones del desarrollo infanto-juvenil.

Lo esperable en el desarrollo evolutivo infantil es que la alimentación, entre otros aspectos del desarrollo, pase progresivamente de la etapa de absoluta dependencia materna a la absoluta autonomía y regulación personal. La superación de dichas etapas no deja de estar sujeta a conflictos en cuanto a la regulación horaria de la ingesta, la incorporación de nuevos alimentos, la masticación de los mismos, la introducción de sabores y texturas nuevas y, especialmente, la cantidad de alimento que el niño debe incorporar en cada ingesta en función del alimento que se trate. Estos hitos evolutivos dan lugar a problemas más o menos importantes desde la primera infancia. En la tabla 5.1 se representa una síntesis del desarrollo evolutivo normal.

TABLA 5.1
Alimentación: desarrollo evolutivo desde la dependencia hasta la autonomía

Edad	De la lactancia dependiente a la alimentación racional-autónoma
1 año	Pecho-biberón: Primer vínculo con la madre, con la adaptación regular o las alteraciones que a veces conlleva. Destete: Gusto o rechazo por lo nuevo: intrepidez, adaptación y deseo de probar, hasta temor, rechazo y fobias alimentarias.
2/3 años	Madre: Configuración del alimento como símbolo del cariño, en una ecuación: alimento = afecto. Caramelos, golosinas y formas sustitutas como simbolismo de amor. Comer solo: Transición inicial a la autonomía. Iniciativa y adaptación o temor a la independencia (necesidad de que le sigan dando a la boca, de tomar biberón para las noches, de chupetes...). Suele observarse ansiedad de la madre ante la comida y sus modales. Se confirma en muchos casos que comen mejor si no está la madre. Paralelamente se inicia el aprendizaje del control de esfínteres: símbolo de aceptación de normas o no, al igual que

	con la alimentación.
3-5/6 años	Desarrollo de la capacidad de autonomía motriz y de coordinación para poder comer solo, aunque ensucie. Etapa de rivalidad y celos, que conlleva sentirse excluido, sentir rabia, ira... si no se le hace caso, lo que ocasiona rechazo a la alimentación como símbolo de la rabia y el rechazo contra la madre, o la necesidad de comer todo lo que tiene delante (símbolo de no querer compartir a la madre o tenerla únicamente para sí mismo. Simultáneamente se consigue el aprendizaje de esfínteres: limpieza, control, restricción, o bien fobias ante la suciedad, que se traducen en asco y rechazo a determinados alimentos asociados (lentejas, símbolo de las heces...). Desarrollo de fobias alimentarias.
7-11 años	Se instaura progresivamente el principio de realidad sobre el placer: Actitudes racionales de gustos y preferencias que anticipan el ser adulto. Se acepta probar alimentos inicialmente rechazados e incorporación de gran parte de las dietas adecuadas en el desarrollo del ser humano.
+ 12 años	Personalidad madura para responsabilizarse de la alimentación.

Este desarrollo evolutivo en la alimentación está asociado al desarrollo emocional. El ser humano, cuando nace, tiene fundamentalmente dos estados emocionales regulados por el bienestar físico y psíquico. Podemos decir que los bebés se sienten fundamentalmente bien o mal, es decir tranquilos, limpios, sin sueño y sin hambre, o bien inquietos, molestos, insatisfechos, etc. Se estructura una vía de asociaciones de cuerpo/emoción/pensamiento que funciona procesando la satisfacción y bienestar por experiencias internas de «soy amado», y experiencias de que el mundo externo es «confiable». En este caso, se va organizando la siguiente cadena de asociaciones: placer, satisfacción y bienestar, que se traduce en soy amado, querido, me siento seguro, contento y confiado. En el extremo opuesto, el malestar, el dolor, la insatisfacción, la falta de cuidados físicos y psíquicos, se traducen en experiencias de falta de afecto, de inquietud, desasosiego, temor, rabia e incluso desesperación. Son estas emociones las que inciden en problemas alimentarios, bien por rechazo y evitación de los alimentos o bien por una exagerada ingesta de los mismos.

Las funciones corporales básicas, como son las alimenticias, excretoras, actividades del sueño e higiene, son las que producen las interacciones más importantes entre la madre y el hijo, las que mediatizan el afecto y cuidado y las que reciben y expresan los estados emocionales de ambos. Las representaciones mentales de estos estados afectivos van configurándose a partir de estas experiencias y tiñéndose de las mismas. Así, en la vida posterior, las preocupaciones y los estados de tensión emocional desorganizan de nuevo algunas de estas funciones básicas, y ante un problema emocional se pierde el apetito o se come desmesuradamente, se altera la regulación intestinal, o el sueño pierde el ritmo o la placidez y no ofrece el descanso que habitualmente propicia.

El acto de coger al bebé y colocarlo en el hombro, mecerlo, cantarle, alimentarlo, besarlo, bañarlo, mirarlo detenidamente, jugar con él, dormirlo, y otras conductas afectivo-relacionales asociadas al cuidado de bebés y niños pequeños son experiencias de vinculación. Algunos factores cruciales de estas experiencias de vinculación incluyen la calidad y la cantidad (Maganto, del Río y Roiz, 2002). El factor más importante en la creación del vínculo, en la

representación mental del mismo, en las primeras experiencias vinculares-emocionales, se constituyen a partir del contacto físico positivo (por ejemplo, abrazar, besar, mecer, etc.), ya que estas actividades causan respuestas neuroquímicas específicas en el cerebro que llevan a la organización normal de los sistemas cerebrales responsables del sistema vincular.

Si bien tradicionalmente la figura con la que se establece el vínculo más fuerte ha sido con la madre, hoy en día asistimos a una acentuación de la implicación del padre en los cuidados de la primera infancia. Motivos de horarios laborales, número de hijos, recursos económicos, etc., determinan la necesidad de una corresponsabilidad por parte de ambos progenitores en las labores de atención al bebé.

Podríamos, por consiguiente, afirmar que desde la más temprana infancia existen dos estados emocionales básicos, bienestar y malestar, que procesan experiencias emocionales diversas e indiferenciadas en sus inicios, pero que traducen progresivamente el sentimiento de seguridad o inseguridad básico. Sin duda que estas experiencias de bienestar y malestar no son absolutas, ni siempre estables o inmodificables. El niño tiene estados emocionales de cambio, y por tanto de satisfacción e insatisfacción. Gracias a ellos aprende a diferenciar entre unos estados emocionales y otros, distingue las señales externas y organiza conductas de aproximación o rechazo (Maganto et al., 2002).

En general, cuando falta el aprecio y los cuidados básicos tampoco se desarrollan la confianza y seguridad en uno mismo; es más, se desarrollan dependencias de los demás bastante difíciles de superar. El vacío que se experimenta necesita ser llenado con otras cosas. Si las sensaciones de malestar infantil, como el hambre de afecto, han sido apaciguadas con alimento, aprendemos a: 1) rechazar los objetos que sustituyen el afecto (prefiguración de la anorexia), o 2) sustituir el afecto con comida (prefiguración de la bulimia en la infancia).

2.2. Características de los trastornos según la edad

Pre-anorexia infantil

Diversos autores rechazan la idea de que exista un trastorno anoréxico antes de la pubertad (Rivas, 2005), pero otros lo aceptan bajo la consideración de otros síntomas clínicos. El trabajo con bebés en las primeras semanas de vida ha llevado a describir «anorexia precoz» a la que se observa en niños de muy bajo peso, nerviosos y muy despiertos (Chatoor, Ganiban, Hirsh, Borman-Spurrell y Mzared, 2000). Manifiestan conductas pasivas ante la comida, convirtiéndose éstas en conductas de oposición a la alimentación. Cabe hacer un símil con la AN, pues en ésta la conducta que empieza siendo pasiva se vuelve restringida y termina no habiendo conducta alimentaria, puesto que se suprime el comer. También se observan niños que entre el 5.º y 8.º mes presentan labilidad fisiológica del apetito justo en el momento en el que se dan importantes cambios en el desarrollo. Hay quien distingue en bebés la anorexia de inercia, cuando el bebé no coopera, no traga la comida, la vomita..., y la anorexia de oposición, que son reacciones de oposición ante la comida, como gritos, agitación, rechazo a

comer y vómitos. A lo largo de la primera infancia la oposición frente a la rigidez de los padres o el modo caprichoso por la elección de los alimentos empieza a desencadenar problemas alimentarios, poniendo en evidencia algunos componentes fóbicos (Maganto, 2011a).

También se habla de anorexia precoz a las conductas alimentarias de niñas alrededor de los 8/9 años, sin preocupación por la imagen corporal (IC), pero con evidentes manifestaciones de conductas restrictivas o purgativas similares a los trastornos de conducta alimentaria (TCA) que se observan posteriormente. El DSM-5 no recoge este tipo de trastorno precoz e identifica la AN y BN en edades posteriores. Para estos niños y niñas su universo son las figuras de apego, más que los ideales estético-sociales que la cultura actual preconiza; los ideales de la moda y la delgadez no son aún patrones interiorizados que guían la conducta alimentaria.

En la pubertad y adolescencia los cambios corporales instauran la sexualidad, y el cuerpo deviene objeto de otro tipo de deseo y amor. El juicio social de los pares pasa a primer plano, y la necesidad de agradar y gustar a los iguales, así como el miedo al juicio social, se convierten en factores que propician la AN y la BN, tal y como será expuesto más adelante. Los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos más usuales (DSM-5) afectan a una población cada vez más joven, iniciándose incluso en edades puberales. Estos trastornos implican graves repercusiones, debido a las consecuencias físicas, psicológicas, emocionales y sociales que se producen en el proceso.

Pre-bulimia infantil

Apenas existen estudios de bulimia infantil precoz. Sin embargo, hay trabajos que confirman la conducta voraz en la infancia, la necesidad continua de comer y la falta de control una vez iniciada la ingesta. Cuando para el niño la comida se convierte en la mayor fuente de gratificación y satisfacción física y psicológica, y sustituye al afecto como símbolo de llenar el vacío emocional, es relativamente frecuente que se recurra a comer para suplir dicho afecto, y se lleven a cabo posteriormente ingestas desmesuradas de alimentos, especialmente de dulces. Pero la avidez infantil sólo calma circunstancialmente. La ingesta voraz, por ejemplo, como forma desesperada de calmar la ansiedad y vacío afectivo, sólo llena el estómago, no la necesidad afectiva que representa. Algunos niños y adolescentes comen compulsivamente, pero siguen sintiéndose hambrientos porque la ansiedad no se calma. En la medida en que se resuelven los problemas de hambre de afecto, seguridad, confianza en sí mismo y respeto a las necesidades afectivas, desaparece la ansiedad por devorar, tragar y llenarse vorazmente. Estas conductas no son equiparables a la BN, pues no hay atracones y vómitos propiamente dichos, al estilo de la etapa adolescente, pero no se deja de comer en todo el día o se come compulsivamente en determinados momentos, y desde luego mucho más de lo que prescribe una ingesta adecuada.

Como consecuencia, surge cada día en mayor proporción una obesidad infantil, la llamada obesidad simple o exógena, producida por una ingesta aumentada, un gasto energético total o

de reposo disminuido, o por alguna combinación de ellos mantenidos en el tiempo. Un mayor índice de masa corporal (IMC) en los niños y adolescentes se asocia a un mayor riesgo de enfermedades crónicas en la vida adulta. Los niños que presentan un IMC elevado tienen un alto riesgo de continuar siendo obesos en la vida adulta (Bergmeier, Skouteris y Hetherington, 2014).

2.3. Modelos explicativos y/o etiología

Modelo biomédico

Los indicadores más destacados en los que se apoya este modelo son:

— La tasa de serotonina. Se sabe que la disminución de la serotonina funciona como un marcador del hambre-saciedad. A menos serotonina más sensación de hambre, y a más serotonina más sensación de saciedad, lo que puede provocar el deseo de no comer. Cuando existen casos de exceso de serotonina, la AN es más probable.
— Los factores hereditarios o de predisposición genética parecen confirmados. Una visión unificadora de causas ambientales, pero con incidencia de factores genéticos, ha sido desarrollada por Klump, Suisman, Burt, McGue y Iacono (2009).
— La alteraciones biomédicas más usuales hacen relación a trastornos cardiovasculares, como disminucion del ritmo cardíaco y arritmias, trastornos gastrointestinales, presentando dificultades en el vaciado gástrico, deficiente motilidad intestinal, estreñimiento, dolores abdominales, etc. Son también notables las alteraciones metabólicas, como la amenorrea en mujeres pospuberales, osteoporosis, disfunción tiroidea o baja tolerancia a la glucosa, entre otros. También forman parte de las alteraciones la anemia ferropénica, la hipoalbuminemia, el déficit de potasio, la carotinemia, etc. Estas alteraciones designan un cuadro clínico muy definido, siendo marcadores asociados a las alteraciones alimentarias (Martín-Murcia, 2012).

Modelo psicoanalítico

Las explicaciones psicoanalíticas se han basado en las aportaciones de Freud, así como en las de su hija Anna (1979) y en las teorías de Klein (1932). Para el psicoanálisis, la relación materno-infantil a través de los primeros cuidados constituye el núcleo de las instancias psíquicas: la madre o cuidador principal que sabe proporcionar placer o restringirlo, que acepta las demandas de su hijo ofreciendo cariño, cuidados, alimento..., o bien ofrece espera y frustración adecuada, que propone límites sin dejar que la omnipotencia del bebé se constituya en núcleo de relación (núcleo del Super-Yo). Sólo así se posibilita la construcción mental a través de su ausencia (representaciones mentales), a fin de que surja el deseo que ofrece un «otro» cuidador para romper la simbiosis, triangulando la relación y permitiendo que surja la

rivalidad, la envidia y el deseo de posesión (situación de triangulación edípica), pero estando ahí, a su lado, con la contención emocional y actitud disposicional que logre instaurar las reglas de juego sociales de la convivencia (superación del egocentrismo y deseo de posesión de la madre).

Sin ese principio de realidad que debe ser propuesto e impuesto no se logrará sustituirlo progresivamente por el principio de placer que haga posible los aprendizajes básicos. Esto se logra en las relaciones establecidas atendiendo a la vulnerabilidad del niño, especialmente en los cuidados alimentarios.

Cuando el niño entra en el mundo, sus primeros llantos son recibidos e interpretados por la madre como una demanda: algo pide, o tiene hambre, o un dolor, o frío...; algo necesita. Aquellas madres que no toleran la más mínima señal de necesidad o inquietud (tolerar la falta) en su bebé intentan por todos los medios llenarle con objetos (papillas, dulces, juguetes, caprichos...), sustituyendo la comida por los cuidados de su amor. Pero si observamos la respuesta del bebé, comprobamos que si le damos a un niño lo que pide inmediatamente quiere otra cosa e inicia una nueva demanda, de tal modo que cuanto más se le satisface, más caprichoso se vuelve. Esta demanda insaciable difícil de tolerar hace que la madre reaccione tratando de acallarla y ofreciendo al niño de nuevo comida, el pecho, el biberón, el chupete, etc. Por un momento al niño se le cierra la boca con algo, se calla, incluso se duerme, pero tras el sueño renace de nuevo el deseo de afecto, volviéndosele a calmar con objetos que no tienen que ver con la necesidad. Querer borrar el deseo (lo que le falta) tiene el efecto contrario, no desear, y apagando el funcionamiento del deseo surge la apatía, la indiferencia por la comida y con ello la incipiente anorexia. Sería un intento del niño de separarse de la relación materna, un intento patológico de separación y a la vez una demostración de poder en la que el niño invierte la relación de dependencia. Los niños y niñas anoréxicos sitúan a la madre bajo su dominio, al capricho de su vulnerable omnipotencia (de Francisco, 2001).

Chatoor et al. (2000) conceptualizan la anorexia infantil como un trastorno relacional que comienza cuando la interacción durante la alimentación es altamente conflictiva y esto altera la transición a la alimentación autónoma. Distintos autores han señalado el síntoma anoréxico como efecto de ciertas interferencias o alteraciones en el proceso de individuación-separación.

Modelo cognitivo-conductual

Desde este modelo, se enfatizan como factores explicativos de los trastornos alimentarios (Botella, Quero, Serrano, Baños y García-Palacios, 2009; Celis y Roca, 2011) los siguientes:

— Una asociación del pensamiento con las conductas relacionadas con la alimentación, como pueden ser las creencias erróneas sobre hábitos y dietas alimentarias.
— La asociación de la percepción de la IC con el pensamiento. Esta asociación viene marcada por la distorsión cognitiva en relación a la propia percepción de sí mismo.

— Patrones de conducta rígidos y repetidos, con escasas habilidades de cambio. Esta carencia de habilidades sociales hace que queden atrapados en patrones alimentarios erróneos, como producto de patrones erróneos de pensamiento, y al carecer de habilidades de cambio conductual siguen repitiendo errores alimentarios.
— Las dificultades en la resolución de problemas es otra de las variables que explican este trastorno. La ausencia de estrategias correctas para solucionar problemas incluye las dificultades para enfrentar los cambios necesarios en los TCA.
— Las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas generan y mantienen el trastorno. Entre las distorsiones cognitivas más frecuentes caben citar: la *hipergeneralización*, es decir, obtener una conclusión de un hecho y aplicar dicha conclusión a otras situaciones sin apenas relación con el primero. Por ejemplo, si controlo la comida, controlo mi vida. Es usual también la *magnificación*, sobredimensionando un hecho sin apenas base para ello; cualquier ingesta alimentaria, por pequeña que sea, se magnifica y se desea eliminar cuanto antes. Igualmente la *personalización*, que se basa en una atribución personal de cada comentario o consideración de los juicios de los demás. Las opiniones de los demás sobre hechos relacionados con el cuerpo suponen una exagerada atribución personal. Por medio de la *abstracción selectiva* tratan de obtener conclusiones apoyándose en detalles irrelevantes: si mis caderas son algo anchas, toda yo soy ancha, gorda y horrible. Muy frecuentemente en estos pacientes funciona el *razonamiento dicotómico*, en función del cual algo es totalmente bueno o totalmente malo. Por ejemplo, un bombón, patata, aceite... son malos absolutamente, mientras que la lechuga, zanahoria, el agua y otros alimentos nada calóricos son absolutamente buenos. Utilizan el pensamiento mágico en sus razonamientos: si no pienso en comida no tengo hambre, si uso una talla menos adelgazaré. El uso de estas distorsiones mantiene el trastorno.

A este conjunto de distorsiones se une la dificultad para expresar emociones, recibir críticas y valoraciones. Además, un locus de control externo dificulta la autorresponsabilidad del trastorno. También este modelo enfatiza el papel de la IC como factor social de presión de padres e iguales, tal y como se expondrá en el modelo psicosocial.

Modelo sistémico

El paradigma sistémico rescata el trastorno «psicosomático» de los marcos descontextualizados de la enfermedad y lo sitúa en el marco del sistema familiar. Varios modelos teóricos han surgido en la explicación del sistema familiar. Desde esta perspectiva se considera a la familia como contexto primario de aprendizaje, de experiencia, de diferenciación e individuación, con una clara circularidad entre el paciente, su síntoma y la familia. Se basa en las interrelaciones desde diferentes roles y niveles, con el juego de vinculaciones incluyentes y excluyentes que configuran todo sistema relacional. El síntoma de

un miembro de la familia, el hijo o hija, no es sino el emergente de un sistema familiar enfermo. El paciente identificado, en este caso el paciente anoréxico o bulímico, sólo es la punta del iceberg de la disfunción familiar. El mensaje familiar es «tú no existes sino en cuanto cuerpo enfermo».

El síntoma tiene un significado simbólico dentro de una metáfora familiar, ya que sintetiza reglas y características de cada sistema familiar particular. Un síntoma tiene sentido en el marco de la compresión del propio sistema, entendido dicho sistema como la totalidad en vez de la particularidad, la integración de niveles de explicación en lugar de la elección dicotómica y reduccionista de uno de ellos, el síntoma como mensaje que sintetiza la disfunción. El continuo de aglutinamiento-desligación de la estructura familiar (Minuchin, 1974) explica las dificultades de la puesta de límites, oscilando entre dos polos que marcan dos tipos de familias: familias aglutinadas y familias desligadas.

En las familias aglutinadas los límites entre subsistemas, e incluso entre individuos, serían difusos, no estando bien definidos. Todo ello provoca grandes dificultades para la individuación y para la autonomía. De manera muy simplificada, este tipo de estructuras son típicas de familias con trastornos «psicosomáticos», trastornos de piel, alimentación, asma... Por el contrario, en las familias desligadas la distancia emocional entre las personas es significativa, producto directo de la existencia de límites rígidos. Las interacciones entre los diferentes miembros de la familia son escasas, con una alta probabilidad de «desnutrición emocional» y con tendencia al aislamiento. Los TCA suelen propiciarse en familias en las que se da: 1) aglutinamiento, es decir, escasa definición de las fronteras generacionales e interindividuales, con miembros superinvolucrados, intrusivos y dependientes; 2) hiperprotección recíproca: cuando el paciente identificado manifiesta los síntomas alimentarios toda la familia se moviliza en torno a él; 3) resistencia al cambio: a pesar de dar una imagen de «familia ideal», posee escasas relaciones abiertas con el exterior, y 4) dificultades en la resolución de conflictos por presentar baja tolerancia al estrés y evitación de conflictos y discusiones.

El paciente identificado, gracias a su «enfermedad psicosomática», en este caso gracias al trastorno alimentario, juega un papel de mediador entre los padres, pero desde un rol activo, con la ambivalencia que despierta el trastorno: dolor, pero al mismo tiempo beneficios, como atención, posición privilegiada, pseudoarmonía y manejo de la parentalidad.

Este trastorno «psicosomático», específicamente la alimentación como símbolo de relación materna, habla de las dificultades de límites y roles desajustados expresados en el cuerpo. El paciente identificado y su síntoma alimentario es el mejor portavoz de la familia disfuncional.

Modelo psicosocial: modelo estético corporal en la sociedad actual

Se conoce como modelo estético corporal a la existencia de un ideal de belleza establecido y compartido socialmente que supone una presión altamente significativa sobre cada uno de los miembros de la población. La imagen que cada uno tiene de su cuerpo se instaura desde

los valores sociales de la cultura vigente. Varios son los factores de riesgo asociados a los problemas de IC: influencia de la familia, del grupo de pares, factores de índole personal, variables contextuales, nivel socioeconómico, hábitos de vida como el ejercicio fisico y el patrón alimentario... Sin embargo, uno de los que subyacen a éstos es la presión del modelo estético corporal que preconiza la sociedad actual (Maganto y Garaigordobil, 2013; Vaquero, Alacid, Mayor y López-Miñarro, 2013). Los medios de comunicación influyen sobre cada uno de nosotros en la divulgación de los modelos estéticos. Asimismo, Internet es otro medio donde se expone la IC. Hay estudios que dicen que la asociación entre la imagen expuesta en internet y la insatisfacción corporal está mediada por la internalización del ideal de delgadez (Bair, Kelly, Serdan y Mazzeo, 2012).

Los problemas de IC hacen referencia a la distorsión e insatisfacción con el propio cuerpo. La distorsión es un factor perceptivo erróneo por el que se sobreestima el tamaño corporal, especialmente en las mujeres. La insatisfacción es un factor actitudinal por el que se rechaza la forma del cuerpo, produciendo malestar, ansiedad y el deseo de cambiarlo, bien a base de dietas adelgazantes, ejercicio físico exhaustivo, medicación, vómitos y diuréticos o intervenciones de cirugía plástica. De estos componentes, cobra especial importancia el estudio de la insatisfacción y distorsión corporal (Markey, 2010), ya que algunas investigaciones han confirmado que las alteraciones de la IC tienen una participación causal en el trastorno alimenticio, en lugar de ser secundarias a él, mostrando que la relación entre disfunción alimentaria y alteración de la IC es unidireccional, y que son las alteraciones de la IC las que contribuyen a que se desencadene un trastorno alimentario y no a la inversa.

El modelo estético corporal femenino exalta un cuerpo delgado y con formas poco redondeadas, un cuerpo andrógino y anguloso donde las características sexuales aparecen desdibujadas (Grabe, Ward y Hyde, 2008; Maganto 2011b). Sin embargo, las púberes y adolescentes se ven enfrentadas a un desarrollo físico sexual disarmónico y desproporcionado en sus inicios, propio de la edad, que contradice esta cultura de la delgadez. El consiguiente deseo de imitar y asemejarse a este modelo está favoreciendo el incremento de la patología del trastorno de la IC, con su consecuente riesgo de padecer un TCA (Maganto y Cruz, 2008). El modelo estético corporal masculino no se ha modificado demasiado a lo largo de la historia: cuerpos desnudos o semidesnudos, realzando los pectorales, cuerpo atlético, espaldas anchas, cintura estrecha y estómago reducido. El estereotipo clásico facilita que los varones experimenten una mayor presión social hacia un ejercicio físico que propicie una imagen de fuerza y potencia. A partir de los años noventa los ideales masculinos exageran la angulación de la cara, el incremento del ejercicio como forma de realzar la musculatura y el uso de cosméticos y anabolizantes para ajustarse a estos patrones estéticos masculinos (Knauss, Paxton y Alsaker, 2007).

Los comentarios positivos o negativos de los iguales también tienen su influencia en la satisfacción corporal (Schuster, Negy y Tantleff-Dunn, 2013). La frecuencia con la que los jóvenes hablan con sus iguales de su apariencia física, de los cambios que desean hacer a través de dietas o de la asistencia a gimnasios de moldeamiento y tonificación muscular,

realizando comparaciones, propician la insatisfacción corporal (Clark y Tiggeman, 2006).

Los estudios confirman en su mayoría que la insatisfacción y distorsión corporal es una cuestión de género (Maganto y Garaigordobil, 2013). La distorsión es un síntoma central de la AN y BN, pero tanto la distorsión como la insatisfacción son constructos que se solapan, coexistiendo generalmente en los TCA.

Los estudios sobre etiología de estos trastornos, a pesar de ser muy amplia, no arrojan datos confirmatorios sobre la misma. Hay acuerdo en considerar que las causas son multifactoriales: factores genéticos y biológicos, factores socioculturales, factores de índole personal y familiar, una inadecuada exposición a los alimentos, distorsiones y errores cognitivos mantenidos, alteraciones psicológicas previas, etc. Los modelos anteriormente descritos intentan dar razón, cada uno desde su perspectiva conceptual, de la etiología de dichos trastornos, pero queda investigación por realizar para poder dejar zanjado este aspecto.

Podemos concluir, sin embargo, que hay un consenso implícito en considerar que existen ciertos factores precipitantes, predisponentes y de mantenimiento, especialmente en niños y adolescentes, que propician la aparición de dichos trastornos (véase figura 5.1).

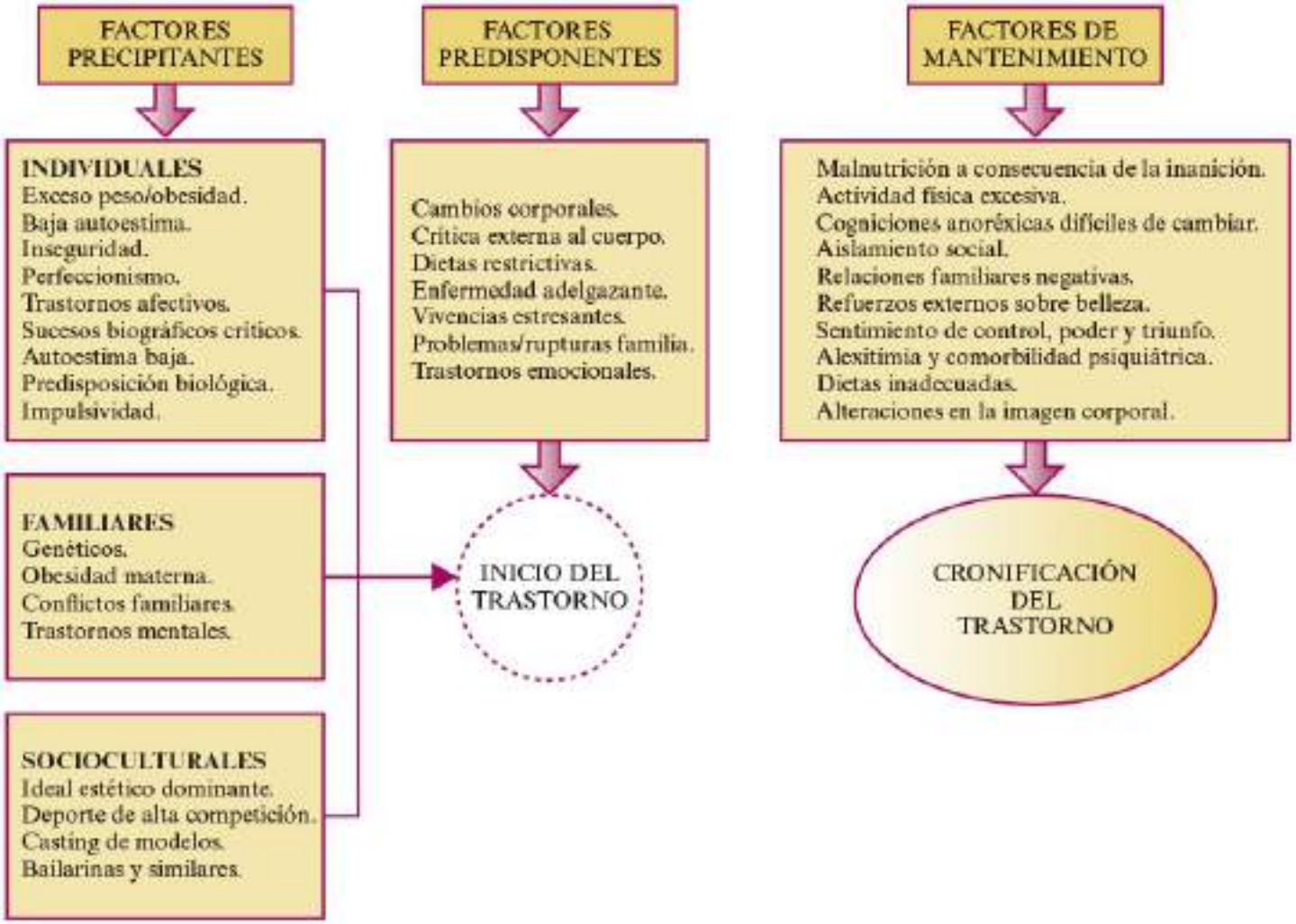


Figura 5.1.—Factores asociados a los trastornos de conducta alimentaria.

3. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Se exponen inicialmente los criterios diagnósticos de cada uno de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos según el DSM-5, y posteriormente las áreas de evaluación y los instrumentos diagnósticos más apropiados para los mismos.

3.1. Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos en el DSM-5

Se exponen a continuación los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos que el DSM-5 ha modificado o incorporado recientemente. Para una exposición más detallada de la justificación de los cambios habidos se recomienda revisar Kupfer, Kuhl y Regier (2013). En el DSM-5 todos los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (excepto la pica) son categorías clínicas mutuamente excluyentes (García-Palacios, 2014). Esto quiere decir que, en un período determinado, un episodio sólo se puede asignar a una de las etiquetas diagnósticas. La base lógica que apoya esta forma de clasificación excluyente es que, pese a que todos estos trastornos comparten características comunes, también se afirma que difieren en el curso y la respuesta al tratamiento. El único trastorno que puede ser asignado en presencia de otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos es la pica.

3.1.1. Pica

El nombre de la enfermedad proviene del vocablo latín que quiere decir «urraca» (Pica pica), ave de la familia de los córvidos conocida por consumir sustancias incomestibles y robar, conducta que se relaciona con rituales de cortejo y anidamiento. Se trata de ingerir sustancias no aptas para el consumo humano. Actualmente ha pasado a formar parte de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, especificado como se indica en la tabla 5.2.

TABLA 5.2
Pica. Criterios diagnósticos del DSM-5

a) Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de un mes.
b) La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.
c) El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.
d) Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro del autismo, esquizofrenia) o afección médica (incluyendo el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.

La pica es un trastorno poco común y generalmente desconocido. Se trata de una alteración alimentaria en la que existe un deseo irresistible de comer o lamer sustancias no nutritivas y poco usuales: tierra, tiza, yeso, virutas de pintura, cenizas de cigarrillo, espuma de colchones,

bolas de pelo, papel o cualquier otra cosa que no tiene ningún valor alimenticio (Sugita, 2001). Más conocida es la geofagia o consumo de tierra, siendo el fenómeno de pica más estudiado.

No existen datos de prevalencia de la población general. Los estudios consideran este trastorno anómalo a partir de los 18-24 meses de edad. Suele aparecer entre 1 y 6 años de edad, con unos porcentajes del 10 por 100 al 32 por 100, especialmente en mujeres desnutridas o embarazadas, personas con discapacidad mental, niños autistas o personas que padecen trastornos del desarrollo, niños con retraso mental grave y enfermos mentales (Poy et al., 2012).

3.1.2. Rumiación o mericismo

Se describe como una regurgitación voluntaria y repetida de alimentos sin que se hallen causas orgánicas que lo explique. Para algunos es una actividad placentera, por el modo y características con las que el niño la realiza. Suele iniciarse antes del segundo año de vida y el niño consigue dicha rumiación de forma voluntaria, echando la cabeza hacia atrás, mientras se impulsa en movimientos de masticación y de tragar, hasta conseguir que la comida vuelva a la boca. Los criterios del DSM-5 se expresan en la tabla 5.3.

TABLA 5.3
Rumiación y mericismo. Criterios diagnósticos del DSM-5

a) Regurgitación repetida de alimentos durante un período mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar o a tragar o se escupen.
b) La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada a otra afección médica.
c) El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones o el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.
d) Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual] u otro trastorno del desarrollo neurológico) son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional.

Se asocia con falta de estimulación del bebé, rechazo y situaciones familiares de mucho estrés. Está asociado también con desórdenes de la alimentación como la AN, y puede ser resultado de la aprensión y el nerviosismo después de comer. Se ha observado en relaciones de maternizaje deficitarias y como compensación afectiva a la falta de vínculo gratificante en la alimentación. Se considera una conducta autoagresiva o bien defensiva contra la psicosis. Para quienes vomitan la comida (comportamiento purgante), la rumiación puede tener lugar cuando se tienen dificultades para expulsar la comida. Es más frecuente en personas con retraso mental y hay mayor prevalencia en varones que en mujeres (Maganto, 2011a).

3.1.3. Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos

Los problemas alimentarios en la infancia implican generalmente el rechazo de alimentos en mayor o menor medida. Este rechazo de alimentos se observa en diversidad de alteraciones, como falta de apetito, evitación de alimentos, rechazo a la comida, anorexia infantil precoz y neofobia alimentaria, entre otros. Rechazar nuevos alimentos ha sido considerado como una etapa típica del desarrollo de los niños y las niñas. Cuando tienen entre dos y tres años suelen presentar con cierta frecuencia aversión a probar alimentos nuevos, decreciendo esta evitación alimenticia alrededor de los cinco años. El estudio de este trastorno es relativamente nuevo, siendo esperable que los criterios del DSM-5 (véase tabla 5.4) ayuden a clarificar, identificar y diagnosticar adecuadamente a niños con este tipo de trastorno.

TABLA 5.4
Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos. Criterios diagnósticos del DSM-5

a) Trastorno alimentario de la ingestión de alimentos (falta de interés por comer o alimentarse; evitación a causa de las características de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:

1. Pérdida de peso significativa.
2. Deficiencia nutritiva significativa.
3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.

b) El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.
c) El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.
d) El trastorno alimentario no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno alimentario se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

Este trastorno incluye el desarrollo deficiente de habilidades alimentarias, dificultad para ingerir o tomar líquidos, rechazo a comer debido a la aversión a diversas características sensoriales de las comidas y una falta de apetito general o falta de interés por la comida (DSM-IV), además de los comportamientos específicos que incluyen las categorías diagnósticas del DSM-5. Al plantear el DSM-5 la evitación/restricción de la ingestión de alimentos (ARFID en inglés) dentro de los trastornos alimentarios, el estudio de la neofobia alimentaria ha adquirido especial relevancia. En una investigación reciente (Maiz, Maganto y Balluerka, 2014) se ha revisado el estado actual de este tema, definiéndolo como la reticencia a comer o evitar nuevos alimentos, diferenciando neofobia alimentaria de neofobia «situacional» y de comportamiento «caprichoso». Este mecanismo de evitación marcado por el asco y/o temor hace que el niño rechace alimentos con los que no ha tenido experiencia previa. La evitación debida a características sensoriales de los alimentos puede durar y prolongarse hasta la edad adulta, y aunque se podría pensar que las personas que sufren

ARFID tienen mayor probabilidad de desarrollar otro trastorno de la conducta alimentaria como la AN, todavía no existen estudios que lo avalen.

Son pocos los trabajos de prevalencia publicados sobre este trastorno. En un estudio de revisión se realizó un análisis retrospectivo de 2.231 referencias nuevas (edades 8-18 años) y se identificaron 33 (1,5 por 100) casos ARFID, de los que el 67 por 100 eran varones y un 2,4 por 100 cumplieron uno o más criterios ARFID, pero no había suficiente información para conferir o descartar el diagnóstico, aunque la diferencia diagnóstica con la AN era relevante (Eddy et al., 2014). En otro estudio (Nicely, Lane-Loney, Masciulli, Hollenbeak y Ornstein, 2014) se observó que el 22,5 por 100 de pacientes con trastornos alimentarios cumplían criterios ARFID.

3.1.4. Anorexia nerviosa

Es un trastorno que se caracteriza por graves alteraciones en las pautas alimentarias, con repercusiones físicas, psicológicas y psicopatológicas para quienes lo padecen. Los criterios diagnósticos del DSM-5 se exponen en la tabla 5.5.

TABLA 5.5
Anorexia nerviosa. Criterios diagnósticos del DSM-5

a) Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo en relación con la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. *Peso significativamente bajo* se define como un peso que es inferior al mínimo normal, o en niños y adolescentes inferior al mínimo esperado.
b) Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
c) Alteración en la forma en la que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Especificar si es:

Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, al ayuno y/o al ejercicio excesivo.
Tipo con atracones o purgas: Durante los últimos tres meses el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

La revisión de la investigación y de la clínica (Maganto y Garaigordobil, 2013; Perpiña, 2008; Toro, 2010) permite establecer unas características comunes para estas pacientes, sabiendo que en absoluto tienen un perfil homogéneo y que las variaciones ofrecen una diversidad conductual y sintomatológica evidente. En general, les definen características cognitivas, conductuales, emocionales y físicas que se explican a continuación.

Alteraciones cognitivas. La anoréxica se caracteriza por pensamientos alterados relacionados con la comida, el peso y la figura. Estas personas rechazan la posibilidad de ser

obesas y piensan que el éxito personal, como la aceptación social, se basa en la delgadez. Por eso son personas que se centran en la figura y el peso, modificando éste a través de la dieta. Lo prioritario en sus vidas es tener un peso cada vez más bajo y una figura más delgada. Desarrollan una sensibilidad diferente a estímulos del medio interno, teniendo una percepción extrema para detectar las menores variaciones en la mecánica digestiva: el llenado y vaciado del estómago, el proceso de los alimentos, los movimientos intestinales y las variaciones de peso. La experiencia terapéutica confirma que hay pacientes anoréxicas que, alcanzando el peso adecuado, siguen manteniéndose aferradas a alimentarse con una mínima variedad de alimentos, ya que esto les proporciona la seguridad de «no seguir engordando», incluso aunque en muchas ocasiones los alimentos que toman sean más calóricos que otros que no se permiten, por generarles ansiedad.

Alteraciones conductuales. Comienzan a reducir lo que por propio deseo o culturalmente consideran alimentos «que engordan», rechazando las grasas y los hidratos de carbono. La progresiva restricción alimentaria despierta la alarma de la familia. Mienten diciendo que no tienen apetito, o que ya han comido a otras horas. En realidad, tiran la comida, la esconden o simplemente se enfrentan a la familia manteniendo de modo terco su escasa dieta. También alteran las formas de comer: 1) Las anoréxicas, que por lo general son ordenadas, pulcras y educadas, olvidan las normas sociales utilizando las manos para comer, sacan la comida de la boca, la escupen, la desmenuzan y terminan estropeando los alimentos. 2) Cocinan para los demás, mientras ellas apenas prueban aquello que cocinan para otros, convirtiéndose en personas expertas conocedoras de cuestiones dietéticas. 3) Recurren a laxantes y al ejercicio exagerado, vomitando después de comer a escondidas, generalmente en el baño. 4) La utilización de diuréticos es exagerada, lo que provoca graves trastornos electrolíticos que agravan el cuadro clínico. 5) Otra conducta habitual es la hiperactividad, prescindiendo de los medios de transporte o del uso del ascensor, y caminando horas a lo largo del día. 6) Llegan a restringirse las horas de sueño para permanecer activas más tiempo, y abren las ventanas y duermen sin ropa aunque pasen frío.

Alteraciones emocionales. Perder el control y comer lo que no desean acarrea una sensación de vulnerabilidad perpetua que les produce miedo a la madurez, irritabilidad y fluctuaciones bruscas del estado de ánimo, apareciendo explosiones de irritabilidad. Tienden al perfeccionismo, siendo exigentes hasta el extremo.

Algunas personas que sufren de AN, debido a la gran pérdida de peso y a los sentimientos de culpa y vergüenza que siguen a los atracones y a las purgas, presentan restricción de la expresividad emocional, sentimientos de incompetencia, como la autopercepción de ineficacia y de no responder adecuadamente a las demandas del entorno, baja autoestima, reducción de intereses y llanto frecuente. También están muy presentes los estados de ansiedad, debidos a la percepción errónea de la propia IC, al temor al juicio de los demás, al miedo a engordar y al descontrol. Suele ser habitual la comorbilidad con otras alteraciones. Los trastornos más comunes de comorbilidad suelen ser: un trastorno límite de personalidad, un trastorno depresivo y un trastorno ansioso.

*Alteraciones físicas. S*e pueden destacar las que subraya la Guía de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud (2009): 1) La pérdida de peso que lleva a la desnutrición y que se mide a través del IMC. Como consecuencia de la desnutrición presentan anemia, debilidad muscular, digestiones lentas y molestas, estreñimiento, mareos por hipotensión, hipotermia, bradicardia (baja frecuencia cardíaca), calambres, insomnio y amenorrea en las mujeres. 2) La disminución de grasa subcutánea y de masa muscular. La piel se presenta seca y descamada, con carotenemia o acrocianosis (piel azulada), siendo habitual la aparición de lanugo. 3) La caída del pelo es exagerada, las uñas son quebradizas, los ojos hundidos, hay fragilidad capilar y hematomas, las caries dentales y dientes erosionados son signos frecuentes, así como un escaso desarrollo de los caracteres sexuales.

En cuanto a la prevalencia, se presenta una ratio hombre/mujer de 1/10, siendo más frecuente el comienzo alrededor de la adolescencia. Los estudios epidemiológicos realizados en España en los últimos años nos confirman que es semejante a la de otras sociedades desarrolladas. El estudio de Olesti, Piñol, Martín, de la Fuente y Riera (2008) muestra una prevalencia para AN de 0,9 por 100.

3.1.5. Bulimia nerviosa

La BN es un trastorno cuya valoración ha ido cambiando a lo largo de las distintas revisiones del DSM. En el DSM-5 se han evidenciado cambios importantes que se especifican en los criterios actualmente aceptados para realizar este diagnóstico (véase tabla 5.6).

TABLA 5.6
Bulimia nerviosa. Criterios diagnósticos del DSM-5

a) Episodios recurrentes de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

   1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período determinado de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
   2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (por ejemplo, sensación de que no se puede dejar de comer ni controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

b) Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
c) Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
d) La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
e) La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

La revisión de la literatura sobre el tema (López-Guimerá y Sánchez-Carracedo, 2010; Moreno, Rodríguez-Ruiz y Fernández Santaella, 2009) permite sintetizar las características de las personas bulímicas según características cognitivas, conductuales, emocionales y físicas.

Alteraciones cognitivas. Presentan pensamientos erróneos en relación a la comida, peso y

figura, y el rechazo a ser obesas es una actitud arraigada en ellas. Algunas pacientes proceden de la AN. Al cronificarse el trastorno y evolucionar hacia la BN, pasan de un control estricto de la dieta a un control intermitente, apareciendo atracones y conductas de purga. Los atracones al principio pueden contar con el beneplácito de la familia, que, por fin, las ven comer. Más tarde se confirma que los nuevos síntomas son tanto o más alarmantes que la AN. También las bulímicas desean estar más delgadas, y también distorsionan la percepción de su cuerpo, aunque en muchas ocasiones, cuando manifiestan estar por encima de su peso, tienen razón. Vomitar está socialmente peor visto que no comer, y tiene unas connotaciones de falta de control y dejadez sobre sí mismas que son inaceptables para el entorno. Tienen mayor conciencia de su enfermedad, pero mantienen los síntomas ocultos y se niegan a dejarse tratar.

Alteraciones conductuales. Presentan un patrón de conducta desordenada e imprevisible, al principio con la alimentación, pero más adelante también con otros aspectos de su vida. Con respecto a la conducta del atracón hay que analizar tres aspectos: la cantidad, la frecuencia y el tipo de comida que ingieren. Son notables las diferencias entre el número de calorías consumidas de unas pacientes a otras, oscilando de 1.200 calorías hasta un máximo de 50.000. Igual ocurre con la frecuencia de los atracones, que pueden llegar a 16 por semana. Suelen ingerir aquellos alimentos que habitualmente rechazan, por considerarlos hipercalóricos, como hidratos de carbono y grasas. El impulso irrefrenable las obliga, en ocasiones, a comer alimentos no condimentados, preparados sin aceite, y tan sólo cocinados en el microondas o semicongelados. La forma de comer y la frecuencia de las comidas también es anormal: comen rápido, voraz y compulsivamente, la engullen sin saborearla, y en ese momento ya están pensando en cómo eliminar el contenido gástrico. Tras el atracón, son conscientes de que aquella comida les hará ganar peso, lo que provoca ansiedad y temor que solventan con diversas conductas de eliminación de lo ingerido, a través del vómito, el abuso de laxantes, los diuréticos o el ejercicio excesivo.

Características emocionales. Destaca la sensación de carencia afectiva, mienten continuadamente y muestran intolerancia a la frustración y al sometimiento. Tienden a buscar placer inmediato e intentan tapar o cubrir traumas infantiles actualizados. Sienten una insatisfacción muy profunda con ellas mismas y con todo, en especial con su cuerpo. El sentimiento de alivio tras el vómito dura poco y le sigue un sentimiento de desesperación y culpa, muy comunes en estos pacientes. Emocionalmente son muy dependientes y vulnerables a la opinión de los demás, y habitualmente impulsivas, por lo que no aguantan las ganas de comer. Presentan comorbilidad con ansiedad, depresión, irritabilidad, ideaciones suicidas, falta de control de los impulsos y conductas obsesivas. Manifiestan apatía, fatiga, irritabilidad y cambios en el ritmo del sueño, lo que genera una pérdida del rendimiento laboral o escolar, y el abandono del cuidado personal.

Alteraciones físicas. Signos de malnutrición que suelen ocasionar alteraciones en los niveles de vitaminas o de electrolitos, ya que el uso de laxantes y diuréticos también produce desequilibrio de los fluidos y electrolitos. Debido a la deficiencia de potasio se pueden producir, en los casos severos, trastornos del ritmo cardíaco. La desnutrición en la BN

también conduce a cambios hormonales y metabólicos, que hacen que descienda el gasto de energía. Otros síntomas que se pueden apreciar son: una ligera distensión abdominal, estreñimiento, hipertrofia de las glándulas parótidas, pérdida del esmalte dental, lesiones en la garganta, desequilibrio de electrolitos, edemas en extremidades y abrasiones en el dorso de las manos, todo ello debido a la inducción al vómito. Las alteraciones endocrinas, en las mujeres, conducen a la aparición de irregularidades en el ciclo menstrual o amenorrea.

Los datos de prevalencia varían de unos estudios a otros en función de la edad, sexo, instrumentos de obtención de datos y criterios diagnósticos exigidos. El estudio de Olesti et al. (2008) muestra una prevalencia para BN de 2,9 por 100. Los datos nacionales presentados por la Asociación contra la anorexia y BN de la Rioja (Martínez, 2009) informan del aumento de prevalencia y del descenso del inicio de estos trastornos a la edad de 11 años.

3.1.6. Trastorno de atracones

El trastorno de atracones (TA) aparece en el DSM-5 con entidad propia, con similares criterios a los del DSM-IV, pero modificando la frecuencia y temporalidad. En el DSM-5 se especifica una vez a la semana durante tres meses, lo que disminuye la exigencia del criterio diagnóstico. Hay trabajos que avalan este cambio (Grilo y White, 2011). La tabla 5.7 especifica los criterios por atracones.

TABLA 5.7
Trastorno por atracones. Criterios diagnósticos del DSM-5

a) Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un período determinado (por ejemplo, dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (por ejemplo, sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

b) Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. Comer solo, debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

c) Malestar intenso respecto a los atracones.
d) Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
e) El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado, como en la bulimia nerviosa, y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia.

Hay pocos estudios que hayan analizado las características cognitivas, conductuales y

emocionales de pacientes con TA. Éste suele iniciarse en la adolescencia o al inicio de la edad adulta, alternando a veces períodos de atracones compulsivos y ausencia de atracones.

Alteraciones cognitivas. Se observan errores cognitivos respecto al peso y forma corporal, es decir, problemas de distorsión e insatisfacción con la IC (Grilo y White, 2011), aunque no sea el origen del problema.

Alteraciones emocionales. Las más comunes son los sentimientos de aburrimiento y apatía que, en parte, provocan la compulsión al atracón. Se experimenta un sentimiento o afecto negativo y la necesidad de llenar el vacío emocional con comida, utilizándola de forma simbólica como afecto y cariño. Aunque en un primer momento el atracón puede amortiguar este vacío emocional, pronto se reactiva y las consecuencias de los atracones son clínicamente negativas, incurriendo en una mayor disforia y en una negativa autoevaluación, con sentimientos de autorreproche y culpa. Son personas con una insatisfacción con la vida y refieren problemas de adaptación personal y social. Afecta especialmente a personas obesas y/o con antecedentes familiares de obesidad, y es más frecuente en jóvenes de zonas urbanas.

Presenta comorbilidad con el trastorno bipolar y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, aunque también con trastornos depresivos y ansiosos.

3.1.7. Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos «especificado» y «no especificado»

Finalmente el DSM-5 propone otras dos categorías de trastornos: especificado y no especificado. Como veremos seguidamente, la diferencia entre ambos estriba en que en el especificado se cumplen los criterios de un trastorno específico, excepto alguno, mientras que en el no especificado no se cumplen los criterios de ninguno de los trastornos propuestos. Se presentan los criterios asignados a cada una de estas categorías en las tablas 5.8 y 5.9.

TABLA 5.8
Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado. Criterios diagnósticos del DSM-5

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero no cumplen todos los requisitos de los trastornos de las categorías diagnósticas de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría de otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos específico. Esto se hace registrando «otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado», siguiendo el motivo específico (por ejemplo, «BN nerviosa de frecuencia baja»).
Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación de «otro especificado» son los siguientes:

1. ***Anorexia nerviosa atípica:*** Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.
2. ***Bulimia nerviosa*** *(de baja frecuencia o limitada duración):* Se cumplen todos los criterios para la BN nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una

vez a la semana y/o durante menos de tres meses.

3. ***Trastorno por atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada):*** Se cumplen todos los criterios para el trastorno por atracón, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
4. ***Trastorno por purgas:*** Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o en la constitución (por ejemplo, vómito autoprovocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.
5. ***Síndrome de ingestión nocturna de alimentos:*** Episodios recurrentes de ingestión de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingestión de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingestión. La ingestión nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingestión nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento. El patrón de ingestión alterado no se explica mejor por el trastorno por atracón u otro trastorno mental, incluido el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno médico o a un efecto de la mediación.

No existen actualmente datos de prevalencia para este trastorno, pero la prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria no especificados del DSM-IV eran datos controvertidos y muy dispares, en función de los estudios. Uno de los más recientes indica un 5,3 por 100 de prevalencia (Olesti et al., 2008).

TABLA 5.9
Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado. Criterios diagnósticos del DSM-5

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría del trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

En la tabla 5.10 se recoge una síntesis de los síntomas que definen los trastornos mentales de AN, BN y TA, las manifestaciones de los mismos en la conducta y la expresión específica en la alimentación.

TABLA 5.10
Conclusiones de los trastornos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa y trastorno por atracones

TABLA 5.10

Conclusiones de los trastornos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa y trastorno por atracones

Trastorno	Conducta	Alimentaria
Ámbito mental	**Ámbito personal-social**	**Ámbito sintomático**
Anorexia: — Miedo a ganar peso. — Disminución del peso. — Alteración de la silueta. ***Bulimia:*** — Atracones recurrentes: • Ingesta voraz. • Falta de control. — Medidas purgativas: • Vómitos. • Laxantes. • Diuréticos/fármacos. • Ejercicio físico. — Alteración forma y peso corporal. ***Trastorno por atracones:*** — Similar a la BN, pero sin: • Medidas purgativas. • Alteración de la imagen corporal.	***Relaciones familiares:*** — Huida/evitación/ausencias. — Mentiras (comida). — Agresión/oposicionismo. — Aparente docilidad. ***Relaciones con amigos:*** — Mentiras. — Aislamiento. — Búsqueda de aprobación física. ***Estudios:*** — Buen nivel. — Competitividad. — Control. ***Relación consigo misma:*** — Falta de autoestima e inseguridad. — Impulsividad y/o exceso de control. — Preocupación imagen corporal. — Distorsiones cognitivas. — Confusión. — Depresión, compulsiones, ansiedad...	— Pérdida de peso por debajo del 85 por 100 de masa corporal. — Manipulación con la comida. — Uso de dietas: • Restrictiva. • Purgativa. — Preparar recetas. — Masticar sin ingerir. — Comprar o robar comida. — Comer a escondidas. — Comer compulsivamente. — Darse atracones de forma recurrente. — Vómitos a escondidas y otras medidas purgativas.

3.2. Áreas a evaluar

La evaluación de los TCA tiene elementos comunes con otras evaluaciones clínicas, como son el análisis de la demanda por parte del paciente, la historia clínica, tanto psicológica como médica, y la aplicación de los instrumentos psicológicos de evaluación que se requieran para realizar un diagnóstico completo.

La evaluación debe considerar imprescindible una entrevista o historia clínica completa que valore los siguientes aspectos: 1) Historia familiar y psicosocial, rastreando las relaciones y eventos importantes, los vínculos familiares, el tipo del nivel de expresión emocional y otros aspectos de la historia familar del paciente que sea de interés clínico. 2) La historia médica, que debe ser completada en los términos en que se precise. 3) Historia ponderal (es decir, la relativa al peso, como magnitud, cambios, etc.), autovaloración del peso corporal y dimensión del rechazo al incremento de peso y/o deseo obsesivo de perder peso. 4) Ingesta alimentaria en términos cuali-cuantitativos, abusos en la ingesta o prohibiciones restricitvas de alimentos, la regulación horaria, los hábitos de alimentación y conocimientos

nutricionales. 5) Episodios bulímicos y conductas compensatorias (historia, frecuencia, lugar y características), sensaciones en torno al atracón, frecuencia de los vómitos o ingesta habitual y actitud frente a la purgación, ejercicio y actividad física, así como la historia de abuso de laxantes o diuréticos. 6) La conciencia de enfermedad (grado de negación o aceptación) y la comorbilidad asociada al trastorno. 7) Evaluación específica de los trastornos alimentarios y de la ingesta de alimentos. 8) La evaluación de la IC. 9) La evaluación psicopatológica complementaria.

3.3. Instrumentos de evaluación

A continuación se presentan los instrumentos de evaluación más usualmente utilizados para la evaluación de la AN, BN, otro trastorno alimentario especificado y no especificado e imagen corporal (véanse tablas 5.11 y 5.12).

TABLA 5.11
Instrumentos para la evaluación de la anorexia y bulimia nerviosa

Nombre	EAT. Test de actitudes alimentarias	BITE. Test de bulimia de Edimburgo	BULIT-R. Test de bulimia revisado
Autor/es	Garner, Olmstead y Garfinkel, 1979.	Henderson y Freeman, 1987.	Thelen, Farmer, Wonderlich y Smith, 1991. Adaptación española: Álvarez, Mancilla y Vázquez, 2000.
Edad de aplicación	A partir de 12 años muestra clínica. A partir de 10 años muestra no clínica.	A partir de 12 años.	A partir de la adolescencia.
Materiales	Cuestionario autoaplicable. Individual o colectivo.	Cuadernillo autoaplicable. Individual o colectivo.	Cuestionario autoadministrable. Individual o colectivo.
Finalidad	Evalúa las conductas y actitudes respecto a la comida, peso y ejercicio que presentan los pacientes con anorexia nerviosa.	Identificar a personas que presentan síntomas bulímicos; detección precoz de personas que puedan padecer algún TCA en población en general; valoración de la intensidad de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.	Detectar el riesgo de padecer BN en población general. Mide la severidad de la sintomatología bulímica mediante los constructos: atracones, vómitos, comida y peso.
Propiedades psicométricas	FIABILIDAD: El coeficiente de validez fue de 0,87, con un coeficiente de fiabilidad de 0,79 para la	VALIDEZ: El nivel de consistencia interna para la subescala Síntomas fue 0,95, mientras que para la subescala de Gravedad fue de 0,70. El estudio de la dimensionalidad del BITE mediante análisis	VALIDEZ: Correlaciona con la versión no revisada: 0,99, con el inventario

	muestra de pacientes con anorexia nerviosa y de 0,94 para el grupo de control.	factorial exploratorio mostró una solución esencialmente unidimensional. FIABILIDAD: Los niveles de fiabilidad test-retest oscilaron desde 0,68 hasta 0,86 (Ricciardelly et al., 1999).	de trastornos alimentarios y la escala de atracones del 0,60 al 0,93. FIABILIDAD: Presenta una consistencia interna de 0,96 a 0,98, con una Fiabilidad Test – Retest 0,83 a 0,95.
Baremos	Los autores del EAT sugieren utilizar los siguientes puntos de corte para identificar a los individuos con algún TCA: más de 30 puntos para el EAT-40 y más de 20 puntos para el EAT-26.	En función del sexo en los distintos aspectos evaluados. Se compone de dos escalas: la escala de síntomas, con una puntuación superior a 20 y máximo 30 que indica BN, y la escala de intensidad, que evalúa la gravedad con la que aparecen los síntomas: valores entre 5 y 10 indican intensidad significativa y ≥ a 10 indican gravedad.	Los baremos son en función del sexo en los distintos aspectos evaluados.

Nombre	**EDE-Q. Cuestionario de autoinforme para el examen de los trastornos de alimentación**	**SCOFF. *Screening* para los trastornos de alimentación**	**EDI-3. Inventario de desórdenes alimentarios**
Autor/es	Fairburn y Beglin, 1994.	Morgan, Reid y Lacey, 1999.	Garner, 2004. Adaptación española: Elosua y López-Jáuregui, 2010.
Edad de aplicación	A partir de 12 años.	18 años en adelante.	A partir de 11 años.
Materiales	Entrevista semiestructurada/Individual.	Cuestionario autoadministrable. Individual o colectivo.	Cuadernillo autoaplicable. Individual o colectivo.
Finalidad	Evalúa la psicopatología específica de AN y BN. El EDE-Q evalúa aspectos como: preocupación por el peso, la figura y la alimentación, así como restricción alimentaria. Valora la gravedad, actitud y conducta del trastorno, dando respuesta a ciertas incapacidades para evaluar algunas creencias, como es el miedo enfermizo a engordar.	Cuestionario de *screening*, para detectar posibles casos de TCA.	El cuestionario EDI-3 es un autoinforme que mide 3 variables de riesgo y 9 variables psicológicas relacionadas con los TCA. Tres de las escalas principales (Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal) se denominan escalas de riesgo de TCA, actitudes y comportamientos relacionados con alteraciones del comportamiento alimentario.
Propiedades psicométricas	VALIDEZ: La validez de las subescalas discriminan significativamente los grupos clínicos y de control. La versión española de la EDE-Q presenta cualidades	VALIDEZ: Intervalo de confianza del 95 por 100 para toda la muestra, 96,9 por 100 al 100 por 100; casos de anorexia nerviosa, 94,7 por 100 al	VALIDEZ: Las subescalas originales muestran contenido apropiado, convergencia y validez discriminante. Las correlaciones entre las escalas del EDI-3 presentan una consistencia interna en muestras clínicas en las escalas de riesgo.

	psicométricas apropiadas y similares a la versión original. FIABILIDAD: Las medias y desviaciones estándar del grupo en las cuatro subescalas son similares a las obtenidas por los estudios normativos con la versión original inglesa. La versión española muestra coeficientes alfa de Cronbach adecuados.	100 por 100. Los índices de especificidad oscilan entre 79,2 por 100 y 93,4 por 100 en la muestra control y un 87,5 por 100 para la muestra clínica. FIABILIDAD: García et al. (2005) obtienen coeficientes de fiabilidad test-retest de 0,97.	FIABILIDAD: Todos los valores correlacionales entre las 18 variables fueron estadísticamente significativos ($p \leq 0,01$). En el análisis de las escalas de riesgo el coeficiente de correlación mayor correspondió con el par Insatisfacción corporal y Obsesión por la delgadez. Los coeficientes de correlaciones entre las escalas psicológicas que evalúan: Problemas interpersonales 0,72; Déficits introceptivos y Desajuste emocional 0,61; Perfeccionismo y Ascetismo 0,52; Ascetismo y Déficits introceptivos 0,67.
Baremos	El punto de corte del EDE-Q se encuentra en 116. Cada respuesta del paciente es evaluada por el entrevistador en una escala de 0 a 6 puntos respecto a intensidad o frecuencia. Hay 22 ítems divididos en cuatro subescalas: Restricción, Preocupación por la comida, Preocupación por el peso y Preocupación por la figura.	La puntuación total del cuestionario se obtiene sumando el valor de los cinco ítems, que oscila entre 0 y 5. Según los autores, una puntuación total superior o igual a 2 identifica al paciente como perteneciente al grupo de riesgo de presentar un TCA.	Baremos españoles de población clínica y no clínica en puntuaciones T y percentiles. Baremos no clínicos para población mexicana. Baremos no clínicos para la versión en euskera.

TABLA 5.12
Instrumentos para la evaluación de la imagen corporal

Nombre	BSQ. Cuestionario de la forma corporal	CIMEC. Cuestionario de influencias del modelo estético corporal	TSA. Test de siluetas para adolescentes	Imagen	ESC. Escala de satisfacción corporal
Autor/es	Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987.	Toro, Salamero y Martínez, 1994.	Maganto y Cruz, 2008.	Solano y Cano, 2010.	Maganto y Kortabarria, 2011.
Edad de aplicación	A partir de 12 años.	A partir de 12 años.	14-18 años.	A partir de 11 años.	13 años en adelante.
Materiales	Cuestionario autoaplicable. Individual o colectivo.	Cuestionario autoaplicable. Individual o colectivo.	Manual y cuadernillo. Individual o colectivo.	Manual y ejemplar autocorregible. Individual o colectivo.	Hoja de aplicación. Individual o colectivo.
Finalidad	Mide la preocupación por la imagen corporal y sobre todo la experiencia de sentirse gordo.	Determinar la influencia que sobre el individuo ejercen los agentes y situaciones que transmite el modelo estético prevalente	Evaluación de la imagen corporal.	Evaluación de la insatisfacción con la imagen corporal y sus tres principales componentes: cognitivo-emocional, perceptivo y	Valora el grado de satisfacción que los adolescentes y jóvenes tienen de cada una de las partes de su cuerpo, así como la valoración del mismo en su

		de figura corporal.		comportamental.	conjunto.
Propiedades psicométricas	FIABILIDAD: Test-retest: 0,88. Consistencia interna: 0,93.	VALIDEZ: Coeficientes de correlación positiva con valores medio-altos con obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal. Se confirman los 5 factores del estudio original. FIABILIDAD: Consistencia interna de 0,94. Se usaron las subescalas influencia de la publicidad (0,92), influencias de grupos de pares (0,63) e influencias de modelos sociales (0,75).	VALIDEZ: Correlaciones entre TSA-Distorsión y TSA-Insatisfacción con Eating Attitudes Test-40 y Eating Disorders Inventory EDI-2. FIABILIDAD: Coeficientes de correlación de 0,70 a 0,87.	VALIDEZ: El valor más alto pertenece al componente cognitivo-emocional (0,92) y a la puntuación total de la prueba (0,91). FIABILIDAD: La consistencia interna del factor cognitivo emocional va de 0,40 a 0,84. En el factor perceptivo de 0,48 a 0,94 y el comportamental de 0,24 a 0,60. Algunas consistencias son bajas.	FIABILIDAD por edades y sexo: De 6 a 8 años: 0,87 chicos y 0,78 chicas; de 9 a 12 años: 0,90 chicos y 0,72 chicas; de 13 a 15: 0,91 chicos y 0,88 chicas, y de 16 a 18 años: 0,90 chicos y 0,84 chicas.
Baremos	El punto de corte para la puntuación total se ha establecido en 105.	El punto de corte se sitúa en 15. Una puntuación por encima sería indicativa de que el individuo es más sensible a la influencia de estos estímulos.	Baremos para cada sexo en los distintos aspectos evaluados. Puntos de corte para establecer el riesgo de padecer TCA.	Baremos por percentiles por sexo y grupo (normal y clínico).	A mayor puntuación mayor satisfacción, y a menor puntuación menor satisfacción.

4. TRATAMIENTO

Los niños y adolescentes con trastornos alimenticios con frecuencia no reconocen o admiten que están enfermos. Como resultado, suelen resistirse fuertemente a comenzar y permanecer en tratamiento. Los miembros de la familia u otras personas de confianza pueden ayudar a que la persona con un trastorno alimenticio reciba el cuidado y rehabilitación que necesita.

4.1. Intervención/prevención primaria y secundaria

El tratamiento más recomendado en estas edades es la prevención, herramienta empleada en las diferentes problemáticas biopsicosociales. Esta intenta cubrir tres objetivos

específicos: 1) la reducción de la incidencia, 2) la detección precoz de la problemática, y 3) la prevención de las recaídas.

En un programa de *prevención primaria y secundaria* se deben tener en cuenta los siguientes factores (Maganto y Cruz, 2003): 1) Informar, especialmente a los jóvenes, sobre patrones dietéticos, problemas de IC y trastornos de alimentación, juntamente con las consecuencias de los mismos; 2) sensibilizar sobre los estereotipos culturales y sobre la presión sociocultural que los medios de comunicación ejercen sobre toda la población general; 3) proporcionar un espacio de reflexión personal y grupal para compartir sus ideas y preocupaciones; 4) identificar los grupos de riesgo, ya que sobre ellos debe incidir un paquete de medidas más concreto; 5) llevar a cabo acciones específicas con la población diana y con los agentes responsables de la misma, y 6) dotar de estrategias de actuación a los profesionales que dirigen los programas a fin de conocer qué hacer, cómo hacerlo y dónde acudir. Estas intervenciones deben contemplar la actuación coordinada multimodal con técnicas multimétodo, con intervenciones multiprofesionales y con actuaciones pluridimensionales, tal y como se recoge en la figura 5.2.

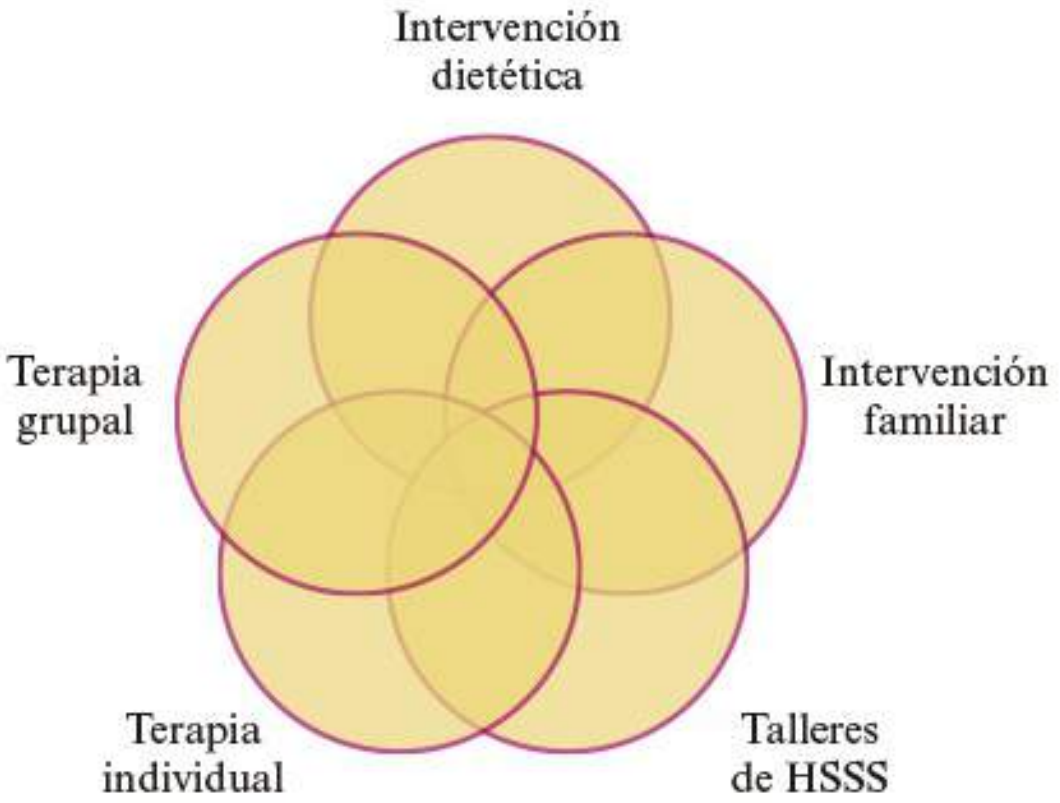


Figura 5.2.—Intervención-prevención de los trastornos alimentarios.

El modo de realizar estas intervenciones es particular de cada psicoterapeuta, pero las modalidades más comunes se exponen en la tabla 5.13.

TABLA 5.13

Terapia individual y grupal	Grupo de apoyo y orientación familiar
— Rehabilitación y re-educación nutricional. — Manejo y control de la ansiedad ante el incremento de peso. — Establecer un «Plan-programa de Vida».	— Contención familiar y adhesión al tratamiento: información del trastorno, tratamiento y evolución. • Disminuir la ansiedad y culpa en las familias. • Estimular la cooperación en el tratamiento.
— Terapia individual. — Participación en algunos grupos terapéuticos (1 sesión/semana, realizada por el psicólogo que lleve la responsabilidad de su tratamiento). — Talleres de habilidades sociales (HHSS): taller de IC, de autoestima, asertividad, resolución de conflictos, toma de decisiones, habilidades de comunicación y expresión de emociones. Coordinadamente con el paciente se llevarán a cabo grupos de apoyo de orientación a familias, por los beneficios confirmados que aporta al tratamiento.	• Recuperar el sentido de competencia y eficacia en el cuidado del hijo/a. — Estimular cambios en el sistema familiar: • Mejorar comunicación. • Redefinir fronteras familiares. • Promover autonomía según edad. • Estimular el autocuidado de los padres. — Intervención familiar o de pareja: • Terapia sistémica. • Apoyo de redes familiares extensas.

Actualmente, el trabajo terapéutico que se ha iniciado con estos pacientes se ha basado en el modelo cognitivo de tercera generación, la terapia de aceptación y compromiso. Los objetivos terapéuticos y las técnicas preferentes se detallan en la tabla 5.14.

TABLA 5.14
Objetivos terapéuticos y técnicas seleccionadas en la terapia de aceptación y compromiso

Objetivos terapéuticos	Técnicas terapéuticas
Definición de los valores vitales.	Selección de los valores que guían y conducen la vida. Metáfora de la brújula: El símbolo de la brújula actúa de guía para saber hacia dónde se quiere ir y cómo es el camino. Se vuelve a coger para saber si me desvío del camino. Metáfora del jardín: Utilizada para comprobar que lo que se «planta» es lo que se «recoge». Aceptar la variedad de plantas de un jardín y lo positivo de las mismas. Aceptar lo que no puede cambiarse. Trabajar con el compromiso de cambio.
Generar flexibilidad ante eventos evitados por molestos.	Aceptar las situaciones evitadas mentalmente en el marco del compromiso adquirido con los valores que se persiguen como meta. Actuar plenamente consciente del momento presente.
Distanciamiento de	Desliteralizar (diferenciar palabra y función).

las situaciones evitadas (defusión).	Situación de los hechos en el «yo-contexto». Tomar perspectiva («el aquí y el allí») de las situaciones temidas y evitadas.
Trabajar la «desesperanza creativa».	Metáfora de las arenas movedizas: cuanto más esfuerzo por salir, más se hunde. Hay que «tumbarse» = entrar en contacto con el problema, es decir, no luchar contra lo inevitable y entrar en contacto con la situación.
Regulación emocional y conductual.	Metáforas de «regulación» traídas por la propia paciente. Trabajar con las situaciones metafóricas que son de la vida cotidiana de ella. Valerse de ellas para ayudarle a tomar conciencia de los problemas con su significación específica.
Relajación.	Técnicas de control de la respiración. Relajación. Técnicas de *mindfullness:* técnicas de zen, yoga, experiencia de vacío interior... Se trata de lograr atención y consciencia plena del momento presente, de centrarse de un modo activo y reflexivo en el aquí y el ahora, en contraposición a la fantasía o el soñar despierto.

4.2. Programa de intervención terapéutica en centros institucionales

Muchos pacientes necesitan un plan de intervención terapéutico programado en el que se incluirán las tres fases del tratamiento y las actividades que se detallan seguidamente. Este programa adecuará a cada caso la modalidad (tipo de intervención preferente), la duración (más o menos de dos años) y el número de sesiones por semana. Los objetivos y técnicas terapéuticas de cada fase se exponen en la tabla 5.15.

TABLA 5.15
Objetivos y técnicas terapéuticas en cada fase de tratamiento

Fases del tratamiento	Objetivos terapéuticos	Técnicas terapéuticas
Primera fase	Reeducación alimentaria.	Dieta calórica saludable. Aprendizaje gradual. Programa de extinción del vómito.
	Adquisición de normas.	Registros de cumplimientos normativos. Refuerzos contingentes.
	Reducción de la compulsión ansiosa.	Planes de refuerzo. Relajación. Fármacos ansiolíticos.
	Identificación de problemas.	Registros observacionales en los que se contemple: pensamiento/sentimiento/conducta.
	Mejora de la imagen corporal.	Técnica de feedback. Técnicas de aceptación corporal. Autoestima física.
Primera fase	Mejora de las relaciones familiares.	Asesoramiento familiar:

		— Información sobre tratamiento y evolución. — Comprensión de la enfermedad y del tratamiento. — Reducción de ansiedad y culpa ante la enfermedad. — Sesiones de terapia familiar.
Segunda fase	Afianzamiento del patrón alimentario y evitación de conductas de purgación.	Seguimiento de la dieta saludable y refuerzo positivo de contingencias. Medicación ansiolítica. Relajación.
	Mejora de la imagen corporal.	Técnicas de reflejo en el espejo. Trabajo con autoestima física, social y académica.
	Expresión de emociones.	Participación en los *role-playing* del grupo terapéutico. Habilidades sociales de expresión de emociones.
	Reducir las preocupaciones ansiosas.	Identificación y modificación de distorsiones cognitivas. Pensamientos automáticos. Prevención de recaídas.
	Mejora de la conducta social con iguales.	Talleres de habilidades sociales. Manejo de situaciones.
Tercera fase	Estabilización del patrón alimentario.	Mantenimiento de dieta saludable tras la incorporación de alimentos nutricionalmente adecuados. Comidas familiares y/o con amigos socialmente adecuadas.
	Aceptación de la imagen corporal.	Técnicas de exposición al juicio social. Reasegurar la capacidad de refutación de distorsiones cognitivas.
	Prevención de recaídas.	Auto-observación de factores de riesgo en el pensamiento. Conciencia de recaída y de posibilidad de cambio. Reajustar expectativas y temporalizarlas. Implementar las estrategias aprendidas. Otras según el caso.
	Desarrollo de fortalezas personales y expresión emocional.	Especialmente necesarias son: creatividad, generosidad, capacidad de trabajo, sentido del humor, optimismo, tolerancia, flexibilidad, cooperación, agradecimiento, resiliencia...
	Seguimiento del caso.	Evaluación tras un período de alta clínica.

En principio, la hospitalización no suele ser habitual en niños y adolescentes. En estos casos, son opciones terapéuticas adicionales mantener el seguimiento de la orientación nutricional, la terapia de grupo y la farmacoterapia. En pacientes con síntomas de comorbilidad de otros trastornos psiquiátricos, especialmente depresión y ansiedad, el uso de fármacos ha demostrado ser de gran ayuda en distintas fases del tratamiento, debiendo estar regulado estrictamente por los profesionales competentes.

5. CONCLUSIONES

El desarrollo evolutivo del ser humano en cuanto a la alimentación marca unos hitos de

crecimiento en el que las dificultades, dentro de la normalidad, son esperables. El papel de los cuidadores primarios, especialmente la madre, está fuertemente vinculado a la superación de dichas dificultades y a la adquisición de la autonomía alimentaria. Pero también, en la primera infancia, la figura materna es clave en la aparición de algunos problemas y trastornos en la alimentación. Este desarrollo evolutivo obliga a estudiar los problemas alimentarios en función de la edad, y evaluarlos y tratarlos de modo diferenciado.

La etiología no es única, sino multicausal, dependiendo no sólo del tipo de trastorno, sino de las diferentes perspectivas teóricas de estudio de dichos trastornos. La revisión teórica de cada uno de ellos aporta datos precisos para su reflexión y conocimiento. En concreto, en los trastornos más comúnmente estudiados hasta el momento (AN, BN y TA) las explicaciones psicosociales han demostrado ser satisfactorias para comprender los problemas de IC que subyacen a estos trastornos. Estas alteraciones, la distorsión e insatisfacción con el peso y la forma del cuerpo, se han confirmado repetidamente que son factores de riesgo en el desarrollo y remisión de los trastornos alimentarios.

Los datos de prevalencia traslucen las diferencias encontradas en función del trastorno específico, así como en función de la metodología de estudio empleada. Por ello, en la descripción de cada trastorno se presentan los datos más relevantes.

Los criterios diagnósticos actualizados en el DSM-5 han aportado variaciones importantes en relación a manuales previos. Se han incorporado nuevos trastornos, se han definido con nuevos criterios los ya existentes, y se ha ampliado con indicaciones de remisión y gravedad. Se exponen en cuadros de síntesis a los que sigue una explicación del comportamiento de los pacientes que presentan cada uno de los nuevos trastornos incluidos. La evaluación que se propone contempla varias áreas de trabajo: la historia familiar y psicosocial, historia médica, datos ponderales, conocimiento de la ingesta alimentaria en términos cuali-cuantitativos, los episodios bulímicos y conductas compensatorias, la conciencia de enfermedad, la evaluación específica del trastorno, la evaluación de la IC y la evaluación psicopatológica complementaria para evaluar otros trastornos de comorbilidad. Para ello se describen los instrumentos de evaluación más actualizados, precisando las propiedades psicométricas.

Finalmente, se apuntan los objetivos y la intervención terapéutica extra e intrahospitalaria en cada fase del tratamiento.

6. CASO CLÍNICO: MARÍA

Motivo de consulta

El caso María, una adolescente de 15 años, ilustra un trastorno bulímico con comorbilidad ansiosa e impulsividad. Se muestran las puntuaciones de los instrumentos de evaluación y el desarrollo del problema.

La madre de María acude a consulta con su hija de 15 años diciendo que a veces la oye

vomitar en el baño y que nunca se sabe lo que come. En todo caso, tan pronto está gorda como delgada. Explica que está separada hace 11 años, con un divorcio conflictivo, «mi exmarido es un desastre». Tiene otra hija, Tere, de 13 años, que según describe no tiene nada que ver con ésta porque es sociable, feliz y dócil. Tras media hora de conversación hablando de las dificultades de crianza de María y de sus problemas con su exmarido, se pide a la madre que salga para conversar con María, que ha permanecido en silencio todo el tiempo.

María cuenta lo siguiente: Viene forzada, nadie sabe lo que ella sufre. Sus padres se separaron cuando ella tenía tres años, siempre riñendo entre ellos cuando se hablan o viene él a buscarla. Viven con la madre. Descripción que hace María de su madre: «emocionalmente inestable e impulsiva, quiere más a mi hermana y me trata como una amiga, no como madre. Yo sé que vomita más que yo, pero ella no sabe que lo sé» (en otra entrevista la madre confirma que vomita, pero que lo hace a escondidas para que su hija no sepa nada). Descripción del padre por parte de María: «Tolerante, no impone normas, con aire *pasota* y despreocupado, siempre pierde los trabajos y no pasa la pensión; al menos no me riñe por todo, como mi madre». Descripción de la hermana por parte de María: «delgada y divertida, tiene amigas, le gusta el cole y va a su aire, sabe engatusar y consigue todo; mi madre la quiere más que a mí, lo ve todo el mundo. No nos llevamos bien».

Dice textualmente: «Yo soy impulsiva, dicen los profes, porque digo lo primero que se me ocurre y que no pienso ni estudio, pero no es verdad; es que no se me quedan las cosas, pero desde pequeña siempre me han dicho que soy impulsiva. Mis notas más bien cerca del aprobado, con algún suspenso. He tenido períodos de estar obesa y de estar delgada. Mi cuerpo me parece fofo y no me gusta. A los 12 años experimentaba mucha ansiedad por las tensiones entre mis padres y por el comportamiento de mi madre, y encontré que la comida me calmaba, pero al engordar las compañeras me llamaban foca. No podía resistir el deseo de comer sin parar hasta que una amiga me dijo «come y luego vomita y ya está, así no engordas», y eso es lo que hago. Esa chica es mi mejor amiga, la que más me entiende. Así empecé a vomitar y también comencé a fumar y salir con chicos. He tenido algunas relaciones sexuales sin tomar precauciones. Mis padres no saben nada de esto (cuenta algunas conductas de impulsividad y promiscuidad). Yo no quería salir a la calle porque todo el mundo miraba mi cuerpo por lo gorda que estaba. Siento odio hacia mi cuerpo porque me da muchos problemas». En su descripción se aprecia que es agresiva, impulsiva, con poco control, baja tolerancia a la frustración e inestable emocionalmente. Tiene sentimientos de culpa por sus vómitos y su ira. Lleva vomitando aproximadamente 2 años, dos o tres días a la semana, no todos los días.

Evaluación

Teniendo en cuenta dicha promiscuidad, el carácter impulsivo de María, la frecuencia de los vómitos y atracones, su insatisfacción corporal y la conducta sexual de riesgo, se le anima a incorporarse en el programa de trastornos alimentarios que incluye evaluación e

intervención (Centro privado especializado en trastornos alimentarios). La evaluación de María se llevó a cabo por parte de una psicóloga, y los resultados se describen a continuación y se presentan en la tabla 5.16.

TABLA 5.16
Resultados obtenidos por María en las pruebas psicológicas

TABLA 5.16
Resultados obtenidos por María en las pruebas psicológicas

Escalas		Percentiles								
		10	20	30	40	50	60	70	80	90
EDI	Obsesión por la delgadez								85	
	Bulimia									88
	Insatisfacción corporal								85	
	Ineficacia						65			
	Perfeccionismo					55				
	Desconfianza interpersonal							70		
	Conciencia introceptiva							75		
	Miedo a la madurez								85	
	Ascetismo				43					
	Impulsividad									90
	Inseguridad social								88	
El test de bulimia de Edimburgo (BITE)										90
Cuestionario sobre la forma corporal (BSQ)									80	
STAI	Ansiedad estado									95
	Ansiedad rasgo								85	
Inventario de depresión de Beck(BDI)									85	
SCL 90-R	Somatizaciones							70		
	Obsesiones/compulsiones							75		
	Sensitividad interpersonal						65			
	Depresión								80	
	Ansiedad									90
	Hostilidad									95
	Ansiedad fóbica							75		
	Ideación paranoide								80	
	Psicoticismo						65			
	Índice global de síntomas								85	

IMC: 25, lo que indica sobrepeso (correspondiente a la figura 7 del Test de Siluetas); Test de siluetas para adolescentes: *Modelo estético corporal*: normalidad (elige las figuras 4 y 5 como normales, que estadísticamente son las promedio). *Insatisfacción corporal elevada* (tres figuras de diferencia entre cómo le gustaría ser y cómo se percibe). *Distorsión de la*

imagen corporal media (dos figuras de diferencia entre cómo se percibe y cómo está en realidad). *Presión materna* para adelgazar.

Conclusión

Las puntuaciones en obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal confirman la existencia de un TCA y, en este caso, las puntuaciones en la subescala de bulimia indican que es éste el diagnóstico más evidente. Se acompaña de otras características clínicas: elevada impulsividad (dificultad para regular los impulsos, hostilidad, agitación, autodestrucción), inseguridad social (creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, insatisfactorias y de escasa calidad) y miedo a la madurez. Los resultados de las diferentes pruebas aplicadas confirman que el problema bulímico se evidencia de forma repetida, obteniendo una puntuación claramente definitoria de este trastorno (BITE, Henderson y Freeman, 1987). El cuestionario de la forma corporal (BSQ, Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987) también ratifica un problema de IC, al presentar ideación cognitiva de clara insatisfacción corporal, relacionada con sentirse gorda, incluso más obesa de lo que está. En los cuestionarios de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo (STAI-E/R, Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982) y en el cuestionario de depresión (BDI, Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), las puntaciones próximas o superiores al percentil 85 indican la posible comorbilidad con estos trastornos. En el cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R; Derogatis, 1983. Adaptación española: González de Rivera, de las Cuevas, Rodríguez Abuin y Rodríguez Pulido, 2002) hay dos subescalas con puntuaciones destacadas, como son la ansiedad y la hostilidad, confirmando los problemas ya detectados en anteriores instrumentos de evaluación y en las entrevistas. La depresión, aunque sin alcanzar valores muy altos (superiores al centil 85), indica que María tiene ideaciones depresivas con relativa frecuencia e intensidad. Asimismo, el índice global de síntomas sugiere una problemática psicopatológica que debe ser tomada en consideración.

Hipótesis diagnóstica

Tras la evaluación realizada, se le diagnostica un TCA de tipo BN, problemas de insatisfacción y distorsión con la IC y un trastorno de comorbilidad ansiosa e impulsividad.

Tratamiento

Se le aconsejó participar en un programa de aprendizaje de control alimentario (a través de una dieta prescrita por el médico del centro y de pautas y rutinas alimentarias), y acudir una vez por semana a terapia de grupo durante 3 meses. En este período se realizan conjuntamente entrevistas de orientación juntamente con la madre. Tras esta primera adhesión al tratamiento y mejora parcial de los síntomas bulímicos y de la impulsividad, se le orienta a psicoterapia individual un día por semana, hasta evaluar los cambios propuestos.

Tras dos años de tratamiento se le da el alta en el centro. María mejoró sensiblemente: no presenta síntomas bulímicos, ha reducido el nivel de ansiedad e impulsividad y sigue los estudios con adecuación. La relación con su hermana ha mejorado, al igual que con su madre. Ella considera que ha aprendido a cuidarse, pero que es algo de lo que tiene que estar atenta para no reincidir.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN (Descargar o imprimir)

1. La imagen corporal es un constructo que integra los siguientes aspectos:

a) Aspecto perceptivo, que implica cómo valoro emocionalmente mi IC.
b) Aspecto actitudinal, es decir, cómo me relaciono con mi cuerpo y con el de los demás.
c) Aspecto comportamental, que hace referencia al miedo a la exposición corporal.
d) Aspecto perceptivo, que indica la exactitud o discrepancia entre cómo me percibo y cómo soy en realidad.

2. Uno de los trastornos infantiles que contempla el DSM-5 es:

a) La anorexia precoz, ya que se trata de un trastorno alimentario de la primera infancia.
b) El trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria (ARFID), el cual es más propio de niños, pero no exclusivamente.
c) La pica, ya que es un trastorno específico de niños.
d) La rumiación, ya que es un trastorno propio de niños y desaparece alrededor de la pubertad.

3. La etiología de los trastornos alimentarios y de la ingesta de alimentos es:

a) No hay una causa única, dependiendo del trastorno específico.
b) El modelo psicosocial explica las alteraciones de la IC, y esta variable es a su vez explicativa de los TCA.
c) Hay perspectivas teóricas diferentes a la hora de explicar la etiología de estos trastornos, y todas tienen parte de explicación.
d) Todas son verdaderas.

4. Una adolescente anoréxica y otra bulímica se parecen en:

a) Presentan alteraciones de la forma y el peso corporal.
b) Sufren diversos problemas físicos, entre ellos problemas con el vaciado gástrico y la motilidad intestinal.

c) Recurren a dietas restrictivas y posteriormente a dietas purgativas, especialmente vómitos.
d) La *a*) y la *b*) son verdaderas.

5. Para evaluar los trastornos de conducta alimentaria es aconsejable:

a) Seguir los criterios diagnósticos del DSM-5, ya que con ellos sería suficiente para realizar un buen diagnóstico.
b) Es imprescindible conocer los patrones alimentarios familiares, la historia de obesidad familiar si la hubiere, la historia de burlas en la infancia y aplicar cuestionarios complementarios de ansiedad y depresión.
c) Se requiere una historia clínica completa, debiendo atender a criterios diagnósticos estandarizados y utilizar instrumentos de evaluación contrastados.
d) Realizar una historia clínica completa, obtener el IMC de la persona y observar en un día concreto cómo y cuánto comen.

6. Los instrumentos más adecuados para evaluar la imagen corporal en adolescentes de ambos sexos son:

a) Test de siluetas para adolescentes (TSA, Maganto y Cruz, 2008).
b) El test de actitudes ante la alimentación (EAT, Garner y Garfinkel, 1979) y el Inventario de desórdenes alimentarios (EDI-3).
c) El índice de masa corporal (IMC) de Quetelet.
d) El cuestionario de la forma corporal (BSQ, Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987).

7. La relación entre la anorexia y bulimia nerviosas y los problemas de imagen corporal es la siguiente:

a) No se conoce la relación entre ambos trastornos, pues los resultados de las investigaciones no son concordantes.
b) Los problemas de IC son un factor de riesgo de padecer AN o BN; por eso, las personas con insatisfacción y distorsión de la IC tienen mayor probabilidad de tener padecer AN o BN.
c) Son los trastornos de AN o BN los responsables de los trastornos de IC, no a la inversa.
d) El DSM-5 y la clínica confirman que se puede tener AN y BN sin problemas de IC, y que existen problemas de IC sin padecer AN o BN.

8. El trastorno por atracones tiene una de estas connotaciones:

a) No afecta especialmente a personas obesas ni a personas con antecedentes familiares de obesidad.
b) El atracón amortigua el vacío emocional y calma, por lo que la paciente se serena.
c) Un episodio de atracón se caracteriza por la ingesta de una cantidad de alimentos muy superior al de la mayoría de las personas y por la sensación de falta de control sobre lo que se ingiere.
d) Las personas que se dan atracones recurren a conductas compensatorias inapropiadas, como las personas bulímicas.

9. En el tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria es más eficaz para su remisión:

a) La rehabilitación o reeducación nutricional, porque es la base del trastorno.
b) El tratamiento de la IC, porque es el principal factor de riesgo de los trastornos de alimentación.
c) Se necesitan intervenciones prolongadas, con una perspectiva multimétodo y multiprofesional.
d) Es más importante un buen profesional que las técnicas que se utilicen.

10. Las técnicas terapéuticas que se utilizan con más frecuencia son:

a) Reeducación alimentaria, reestructuración cognitiva y asesoramiento familiar.
b) Terapia individual psicodinámica y relajación.
c) Reducción de ansiedad y culpa ante la enfermedad y mediación antidepresiva.
d) Habilidades sociales de expresión de emociones y medicación ansiolítica.

Respuestas correctas

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a)	*b*)	*d*)	*d*)	*c*)	*a*)	*b*)	*c*)	*c*)	*a*)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Álvarez, G., Mancilla, J. M. y Vázquez, R. (2000). Propiedades psicométricas del Test de Bulimia (BULIT). *Revista Psicología Contemporánea, 7,* 74-85.

American Psychiatric Association DSM-5 (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Washington, DC: American Psychiatric association.

Bair, C. E., Kelly, N. R., Serdar, K. L. y Mazzeo, S. E. (2012). Does the Internet function like magazines? An exploration of image focused media, eating pathology, and body dissatisfaction. *Eating Behaviors, 13*(4), 398-401.

Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4,* 561-571.

Bergmeier, H., Skouteris, H. y Hetherington, M. (2014). Systematic research review of observational approaches used to evaluate mother-child mealtime interactions during preschool years. *American Journal of Clinical Nutrition, 101,* 7-15.
Botella, C., Quero, S., Serrano, B., Baños, R. M. y García-Palacios, A. (2009). Avances en los tratamientos psicológicos: la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. *Anuario de Psicología, 40*(2), 155-170.
Celis, A. y Roca, E. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción Psicológica, 8*(1), 21-33.
Chatoor, I. (2006). Trastornos alimentarios de la primera infancia. En J. M. Weiner y M. K. Dulcan (Eds.), *Tratado de psiquiatria de la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Masson.
Chatoor, I., Ganiban, J., Hirsh, R., Borman-Spurrell, E. y Mzarek, D. A. (2000). Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39,* 743-751.
Clark, L. y Tiggemann, M. (2006). Appearance culture in nine-to 12-year-old girls: Media and peer influences on body dissatisfaction. *Social Development, 15*(4), 628-643.
Cooper, P. J., Taylor, M., Cooper, Z. y Fairburn, C. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders, 6,* 485-494.
De Francisco, M. (2001). El sujeto anoréxico y el Otro. La soledad del anoréxico. *Pliegos, 10,* 16-19.
Derogatis, L. R. (1983). Cuestionario de 90 síntomas/Symptom Checklist 90 revised (SCL-90-R). Adaptación española: González de Rivera, J. L., de las Cuevas, C., Rodríguez Abuin, M. y Rodríguez Pulido, F. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas*. Madrid: TEA.
Dovey, T. M., Farrow, C. V., Martin, C. I., Isherwood, E. y Halford, J. C. G. (2009). When does food refusal require professional intervention? *Current Nutrition and Food Science, 5*(3), 160-171.
Eddy, K. T., Thomas, J. J., Hastings, E., Edkins, K., Lamont, E., Nevins, C. M., Patterson, R. M., Murray, H. B., Bryant-Waugh, R. y Becker, A. E. (2014). Prevalence of DSM-5 avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric gastroenterology healthcare network. *International Journal of Eating Disorders, 20, Collection*.
Elosua, P. , López-Jáuregui, S. y Sánchez Sánchez, F. (2010). *Inventario de trastornos de conducta alimentaria*. Madrid: TEA ediciones.
Fairburn, C. G. y Beglin, S. J. (1994). Assessment of Eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders, 16,* 363-370.
Freud, A. (1979). *Normalidad y patología en la niñez*. Barcelona: Paidós.
García-Palacios, A. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Revista Iberoamericana de Psicosomática, 211,* 70-74.
Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3. Professional Manual.* Lutz, F. L: Psychological Assessment Resources.
Garner, D. M.,Olmstead, M. y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 9,* 273-279.
González de Rivera, J. L., de las Cuevas, C., Rodríguez Abuin, M. y Rodríguez Pulido, F. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas*. Madrid: TEA.
Grabe, S., Ward, L. M. y Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin, 134*(3), 460-476.
Grilo, C. M. y White, M. A. (2011). A controlled evaluation of the distress criterion for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(4), 509-514.
Guía de Práctica Clínica en el SNS (2009). *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona: Agència d'Avalució de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña.
Henderson, M. y Freeman, P. L. (1987). A self-rating Scale for Bulimia. The BITE. *British. Journal of Psychiatry, 150,* 18-24.
Klein, M. (1932). *El psicoanálisis de niños*. Barcelona: Paidós.
Klump, K. L. Suisman, J. L., Burt, A., McGue, M. y Iacono, W. G. (2009). Genetic and Environmental Influences on Disordered Eating: An Adoption Study. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(4), 797-805.
Knauss, C., Paxton, S. J. y Alsaker, F. D. (2007). Relationships amongst body dissatisfaction, internalisation of the media body ideal and perceived pressure from media in adolescent girls and boys. *Body Image, 4*(4), 353-360.
Kupfer, D. J., Kuhl, E. A. y Regier, D. A. (2013). DSM-5. The future arrived. *JAMA, 309,* 1691-1692.
López-Guimerá, G. y Sánchez-Carracedo, D. (2010). *Prevención de las alteraciones alimentarias: fundamentos teóricos y recursos prácticos.* Madrid: TEA Ediciones.
Maganto, C. y Cruz, S. (2003). Evaluación de un taller sobre prevención de trastornos de alimentación en adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 16*(2), 9-27.
Maganto, C. (2011a). Trastornos de conducta alimentaria en niños y adolescentes. En M.ª T. González (ed.), *Psicología clínica de la infancia y adolescencia* (pp. 105-147). Madrid: Pirámide.
Maganto, C. (2011b). Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *INFOCOP.*

Revista de Psicología, 52, 8-12.
Maganto, C. y Cruz, S. (2008). *TSA, Test de siluetas para adolescentes.* Madrid: TEA.
Maganto, C. y Garaigorodbil, M. (2013). *Trastornos de conducta alimentaria: imagen corporal y obesidad. Evaluación e intervención*. San Sebastián: Publicaciones Zorroaga.
Maganto, C. y Kortabarria, L. (2011). *La escala de autoestima corporal en la infancia y adolescencia*. En A. S. Ferreira, A. Verhaeghe, D. R. Silva, L. S. Almeida, R. Lima y S. Fraga (eds.), Evaluación psicológica: formas e contextos (pp. 61-73). Lisboa: Sociedad Portuguesa de Psicologia.
Maganto, C., del Río, A. y Roiz, O. (2002). *Programa preventivo sobre imagen corporal y trastornos de la alimentación (PICTA). Manual, cuaderno de trabajo y vídeo.* Primer premio en el V Concurso Nacional de TEA.
Maganto, C., Garaigordobil, M. y Maganto, J. M. (2010). *Obesidad y dietas en adolescentes y jóvenes. Comunicación presentada en el VII Congreso Iberoamericano de psicología*. Oviedo: Libro de Abstract.
Maiz, E., Maganto, C. y Balluerca, N. (2014). Neofobia y otros trastornos restrictivos alimentarios en la infancia y consumo de frutas y verduras: revisión. *Revista Española de Nutrición Comunitaria, 20*(4), 150-157.
Markey, C. N. (2010). Invited Commentary: Why body images is important to adolescent development. *Journal of Youth Adolescence, 39,* 1387-1391.
Martínez, G. (2009). Aumento de la incidencia de la anorexia y BN.
Martín-Murcia, F. M. (2015). *Manual de Psicología: Trastornos de conducta alimentaria*. Almería: Instituto de Ciencias del Comportamiento. Recuperado en: http://www.cop.es/colegiados/GR02024/Trastornos%20de%20la%20conducta%20alimentaria.pdf.
Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar.* Barcelona: Gedisa.
Moreno, S., Rodríguez-Ruiz, S. y Fernández-Santaella, M. C. (2009). *¿Qué es el ansia por la comida?* Madrid: Pirámide.
Morgan, J., Reid, F. y Lacey, J. (1999). The SCOFF Questionnaire: assessment of a new screening tool for Eating disorders. *Electronic British Medicine Journal, 319,* 1467-1468.
Nicely, T. A., Lane-Loney, S., Masciulli, E., Hollenbeak, C. S. y Ornstein, R. M. (2014). Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *Journal of Eating Disorders, 2*(1), 21. Collection 2014. Recuperado en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25165558.
Olesti, M., Piñol, J. L., Martín, N., García, M. F., Riera, A., Bofarull, J. M. y Ricomá de Castellarnau, G. (2008). Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros trastornos de conducta alimentaria en adolescentes femeninas de Reus. *Anales de pediatría, 68,* 18-23.
Perpiña, C. (2008). Trastornos alimentarios. En. A. Belloch., B. Sandín y F. Ramos (eds.), *Manual de psicopatología* (pp. 404-421). Madrid: McGraw-Hill.
Poy, M. S., Weisstaub, A., Iglesias, C., Fernández, S., Portela, M. L. y López, L. B. (2012). Diagnóstico de pica durante el embarazo y deficiencia de micronutrientes en mujeres argentinas. *Nutrición Hospitalaria, 27*(3), 922-928.
Schuster, E., Negy, C. y Tantleff-Dunn, S. (2013). The effects of appearance-related commentary on body dissatisfaction, eating pathology, and body change behaviors in men. *Psychology of Men and Masculinity, 14*(1), 76.87.
Solano, N. y Cano, A. (2010). *IMAGEN; Evaluación de la insatisfacción con la imagen corporal.* Madrid: TEA.
Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad/Estado y Ansiedad/Rasgo*. Madrid: TEA.
Spitz, R. A. (1965). *El primer año de vida: un estudio psicoanalítico de desarrollo normal y anormal de relaciones de objeto*. Nueva York: Prensa de Universidades Internacional.
Sugita, K. (2001). Pica: pathogenesis and therapeutic approach. *Nippon Rinsho, 59*(3), 561-565.
Thelen, M. H., Farmer, D., Wonderlich, D. y Smith, M. A. (1991). A revision of the BN test: the BULIT-R. *Psychological Assessment, 3,* 119-124.
Toro, J. (2010). *El adolescente en su mundo: Riesgos, problemas y trastornos.* Madrid: Pirámide.
Toro, J., Salamero, M. y Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 89*(3), 147-151.
Vaquero, R., Alacid, F., Muyor, J. M. y López-Miñarro, P. A. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria, 28*(1), 27-35.

6

El control del esfinter: trastornos de la excreción

ANA ORDÓÑEZ
REMEDIOS GONZÁLEZ

OBJETIVOS DEL CAPÍTULO

Este capítulo pretende ofrecer una descripción de los trastornos de la excreción, enuresis y encopresis, que ayuden al lector a comprender ambas problemáticas y a quienes las padecen. Además, se espera que al finalizar el capítulo el lector tenga un amplio bagaje en cuanto a tipos, prevalencia, desarrollo y etiología, así como técnicas de evaluación y herramientas de intervención.

Este tipo de problemáticas son más comunes en los menores de lo que nos pensamos; sin embargo, son escondidas y tratadas como tema tabú, por las implicaciones negativas que conllevan. La evacuación de esfínteres es algo normal y natural, y esta perspectiva es la que se debería trasladar al niño/a, adolescente y padres que se deciden a pedir ayuda, durante la evaluación y la intervención.

1. INTRODUCCIÓN

El entrenamiento en control de esfínteres es el objetivo más básico y universal de socialización. Así, las problemáticas relacionadas con los hábitos de autocuidado referidos a funciones de eliminación van a suponer importantes repercusiones en el ambiente personal, social y escolar del niño (Martorell y Gómez, 1998).

Los trastornos de la excreción implican la eliminación inapropiada de orina o heces y se suelen diagnosticar por vez primera durante la infancia o la adolescencia. Este grupo de trastornos incluye la enuresis (emisión repetida de orina en lugares inapropiados) y la encopresis (excreción repetida de heces en lugares inapropiados). A pesar de que existe una edad mínima para el diagnóstico de ambos trastornos, también se debe tener en cuenta la edad de desarrollo.

Así, mientras la incontinencia de la orina requiere que se fomente una inhibición condicionada de la respuesta de vaciar la vejiga y el desarrollo de la capacidad de almacenar orina, la incontinencia fecal requiere que se fomente el acto de defecación y la restauración del estado fisiológicamente normal de tener el recto vacío (Martorell y Gómez, 1998).

Nos encontramos ante trastornos que no se pueden comprender si no se adopta una perspectiva biopsicosocial del problema (Ordóñez, Maganto y González, 2015). Y dada la relevancia de los factores psicológicos, la detección e intervención temprana son básicas para el éxito terapéutico, pues cuanto mayor es la edad del niño/a más complicada y compleja es la problemática, afectando a más áreas de su funcionamiento diario. Aun así, hay que tener en cuenta que la edad del menor no condiciona la intervención, que se puede conseguir el éxito terapéutico a partir de los 5 años de edad, y que la tasa de éxito en el tratamiento es alta, así como su mantenimiento.

A continuación se presentará el desarrollo del control del esfínter en el niño, para después describir los dos trastornos asociados: enuresis y encopresis.

1.1. Desarrollo evolutivo del aprendizaje del control de esfínteres

Antes de hablar de trastornos es importante plantearse qué significa este aprendizaje para el desarrollo del niño. Así, el niño por primera vez comprende que puede decidir independientemente de la voluntad del adulto, debido a su conciencia de su necesidad de evacuar y de control sobre su propio cuerpo, dándose cuenta de que puede controlar sus necesidades, y decidir cómo y cuándo las realiza, independientemente de lo que le digan los demás. Esta capacidad va desarrollándose progresivamente, estableciendo un nuevo nivel de

relación con el adulto, donde no sólo el niño intenta agradar al adulto haciendo lo que le pide, sino que también espera que consideren sus deseos, al sentir que él también da al adulto, pudiendo constituir inicialmente un trueque en las relaciones. Este aprendizaje se considera la base sobre la que se construirán las relaciones sociales.

La secuencia habitual de la adquisición del control sobre la eliminación pasa por la continencia fecal nocturna, la continencia fecal diurna, la continencia urinaria diurna y, por último, la continencia urinaria nocturna. Aunque existe gran variabilidad en cuanto a la celeridad evolutiva de los niños, el control intestinal y/o de la vejiga durante el día se consigue entre el año y medio y los tres años de edad (Wicks-Nelson e Israel, 2012).

En el recién nacido existe un importante reflejo de evacuación que el niño no puede controlar. Más tarde, con el desarrollo del sistema nervioso central, aumentará su capacidad para inhibir el reflejo de evacuación. Así, la inhibición de la orina depende de la edad, o para ser más exactos del desarrollo y los niveles de madurez adquiridos. En general, y teniendo en cuenta que no todos los niños/as tienen el mismo ritmo de maduración, cuando el niño/a tiene 1 año es capaz de reconocer que tiene la vejiga llena; a los 3 años puede retener y posponer la orina unos momentos; a los 4 años y medio es capaz de comenzar a inhibir el flujo orinal, y a los 5 años y medio es capaz de evacuar e inhibir a voluntad (Martorell y Gómez, 1998).

Fisiológicamente, primero se llena la vejiga y después aparece el deseo de evacuar porque el músculo se relaja; al posponer la evacuación se inhibe el reflejo. Después, cuando se puede evacuar, en la vejiga se suceden una serie de contracciones rítmicas. La vejiga es un órgano hueco músculo-membranoso, cuyas dos funciones principales son: por un lado acumular la orina proveniente del riñón, y por otro evacuarla al exterior. Para ello, la vejiga cuenta con mecanismos de contención (esfínter interno y externo) y mecanismos de evacuación (músculo detrusor y músculos abdominales).

Los esfínteres uretrales son los músculos que ayudan a controlar el flujo de la orina desde el cuerpo. La uretra es el pequeño tubo que pasa a través de la orina cuando sale de la vejiga y sale del cuerpo. El esfínter interno está situado justo después de la parte inferior de la vejiga, y sus contracciones musculares son involuntarias, es decir, la persona no puede controlarlo. El esfínter externo es un músculo voluntario, que la persona puede contraer o relajar conscientemente; rodea la uretra y es el encargado de cerrarla. El detrusor forma las paredes de la vejiga, y su función es adaptar la capacidad de ésta, dependiendo de la cantidad de orina, de forma involuntaria. Por último, los músculos abdominales contribuyen a la evacuación de la orina mediante la flexión del abdomen y la contracción de la vejiga y de las vísceras, que se contraen de forma voluntaria.

El 90 por 100 de los recién nacidos presentan su primera deposición en el primer día de vida. Esta deposición se llama meconio, y se caracteriza por ser verde oscuro o negro, viscoso y adherente. Son las primeras heces del bebé, compuestas por la materia fecal que se ha acumulado en el colon del feto durante la gestación. El esfínter anal se empieza a controlar a partir de los seis meses, y a los dos años la mayoría de los niños ya pueden controlar el esfínter y avisar cuando tiene ganas de defecar, mientras que a los tres años la mayoría lo hace

de forma adecuada. La defecación es el acto de evacuar los excrementos por el ano fuera del cuerpo. Después de pasar por el intestino delgado y grueso, el quimo ya es materia fecal, y se va almacenando en el colon, donde hay válvulas que mantienen las heces hasta la defecación. El sistema nervioso es el encargado de estimular los movimientos peristálticos en masa del intestino, produciendo la distensión del recto. A continuación el esfínter anal interno se relaja de forma refleja, y por último la persona siente ganas de defecar. Además, las contracciones voluntarias de los músculos del tórax y del abdomen ayudan a la defecación.

1.2. La enuresis y la encopresis: conceptos y tipos

La palabra **enuresis** procede del latín científico, derivada a su vez del griego «enourein», que significa «orinar sobre». La enuresis se produce por una falta de control a la hora de contener y expulsar la orina. Se debe tener en cuenta que este control es una habilidad que se adquiere de forma evolutiva, por lo que para decir que un niño es enurético se debe atender a su edad, a la situación y a la cultura en que nos encontramos. Por ello, a veces es difícil establecer cuándo un niño puede ser considerado enurético. Sin embargo, existe acuerdo sobre que la mayoría de niños adquiere dicha habilidad entre los 3 y 5 años, siendo la edad de 5 años el límite establecido por el DSM-5 (tabla 6.1).

TABLA 6.1
Descripción de los distintos tipos de enuresis

SEGÚN…	DESCRIPCIÓN DE TIPOS
Momento de ocurrencia	**Nocturna.** También conocida como monosintomática, se define como la emisión de orina sólo durante el sueño nocturno. Normalmente el episodio ocurre durante el primer tercio de la noche. A veces puede ocurrir durante el sueño REM, y entonces el niño puede recordar un sueño en el que se ha producido la micción. Es el tipo más frecuente. **Diurna.** Se define como la emisión de orina sólo durante las horas de vigilia. Las personas que pertenecen a este subtipo pueden dividirse en dos grupos: las personas con incontinencia urgente presentan síntomas urgentes repentinos e inestabilidad del detrusor, mientras que las personas con emisión pospuesta retrasan conscientemente las ganas de orinar hasta que se produce la incontinencia. Suele ocurrir a primera hora de la tarde en días escolares, y/o como resistencia a utilizar el inhodoro, pudiendo estar asociado a síntomas de conducta disruptiva. Es infrecuente después de los 9 años. **Nocturna y diurna.** También se conoce como enuresis no monosintomática, y se define como una combinación de los dos tipos anteriores.
Evolución	**Primaria.** Cuando la persona nunca ha desarrollado continencia urinaria. **Secundaria.** Cuando el trastorno se produce después de haber alcanzado un período de continencia urinaria.
Conceptual	**Funcional.** Micción involuntaria de carácter emocional o psicológico. **Orgánica.** Cuando la micción está relacionada con alteraciones urológicas o neurológicas.
Frecuencia	**Regular.** Cuando la micción es habitual. **Esporádica.** Cuando la micción ocurre en episodios esporádicos.

La característica principal de la enuresis es la emisión repetida de orina durante el día o la noche, que puede ser en la cama o en la ropa, y suele ser involuntaria, aunque en ocasiones puede ser intencionada. Además, existe una condición que se debe cumplir necesariamente para que podamos hablar de enuresis: la incontinencia urinaria no debe ser producto de los efectos fisiológicos de una enfermedad ni de una sustancia; es decir, sólo se puede hablar de enuresis si previamente se han descartado causas orgánicas y fisiológicas en el origen del problema. Se han descrito distintos tipos de enuresis, dependiendo del momento de ocurrencia, la evolución, el concepto y la frecuencia (tabla 6.1).

El término **encopresis** proviene del griego «kopros», que significa deposición, y fue acuñado por Weissenberg en 1926, describiendo la incontinencia fecal de origen psicológico como «toda defecación involuntaria de un niño de más de 2 años, cuando no tiene una lesión del sistema nervioso ni afección orgánica alguna». En esta problemática, igual que en la enuresis, es difícil un acuerdo sobre cuándo considerar encoprético a un niño, ya que en muchos casos es difícil diferenciar entre malos hábitos higiénicos, déficit de aprendizaje y falta de control de esfínteres. Sin embargo, existe acuerdo en que a los cuatro años el niño ya tiene desarrollo suficiente para controlar sus esfínteres, siendo ésta la edad límite señalada por el DSM-5.

La característica principal de la encopresis es la emisión repetida de heces en lugares inadecuados. Este hecho es involuntario en la mayoría de los casos, pero también puede ser intencionado. Un aspecto importante para hablar de encopresis es que la incontinencia no puede producirse a causa de una enfermedad médica ni de sustancias como laxantes. Es decir, igual que en el caso de la enuresis, un niño sólo puede tener encopresis si previamente se han descartado explicaciones orgánicas y fisiológicas en el origen del problema.

Cuando la encopresis es involuntaria normalmente está asociada con estreñimiento, ventosidades y retención, produciéndose el rebosamiento como consecuencia de lo anterior. En estos casos, el estreñimiento puede deberse a factores psicológicos, por ejemplo evitar defecar por ansiedad general o ansiedad ante la idea de defecar en lugares concretos; pero también a factores fisiológicos, como fiebre o hipotirodismo. Además, las defecaciones dolorosas y las fisuras anales pueden ayudar a la retención fecal, complicando el estreñimiento. La consistencia de las heces puede variar de normal a líquida, aunque cuando se da una incontinencia por rebosamiento suele ser líquida. Cuando la encopresis es voluntaria, es decir, el niño deja las heces en lugares inapropiados o embadurna lugares, está más asociada a oposicionismo o problemas conductuales (trastorno negativista desafiante o trastorno disocial).

La encopresis también se puede clasificar en primaria y secundaria, según el momento de aparición, al igual que la enuresis. Se entiende por encopresis primaria aquella en la que el sujeto nunca ha adquirido la continencia fecal, mientras que se conoce como encopresis secundaria aquella que aparece tras un período de continencia fecal, es decir, cuando el niño ya ha mostrado que tiene adquiridas las habilidades para la continencia. El aprendizaje del control de esfínteres en niños con algún tipo de deficiencia no se realiza antes de los 5 años,

teniendo otras pautas diagnósticas.

1.3. Aspectos epidemiológicos

La prevalencia de la enuresis es del 5-10 por 100 en niños de 5 años, del 3-5 por 100 en niños de 10 años, y alrededor del 1 por 100 en personas de 15 años o más, no existiendo diferencias de prevalencia entre la enuresis primaria y secundaria (APA, 2013).

La prevalencia de la encopresis se sitúa entre el 1,5 por 100 y el 7,5 por 100 en niños con edades comprendidas entre 6 y 12 años de edad (Boles, Roberts y Vernberg, 2010). Según señalan Esposito et al. (2013), se han observado diferencias culturales en la prevalencia, situándose entre el 0,8 por 100 y el 4,1 por 100 en sociedades occidentales, y entre el 2 por 100 y el 7,8 por 100 en países asiáticos.

1.4. Características de la enuresis y la encopresis según edad y sexo

La enuresis y la encopresis son trastornos asociados en gran medida a la etapa infantil, aunque también pueden observarse en otras etapas evolutivas, sobre todo en personas con deficiencias o discapacidades. Siguiendo lo expuesto anteriormente, por definición la enuresis primaria no se diagnostica hasta los 5 años de edad, mientras que la enuresis secundaria tiene un inicio más frecuente entre los 5 y 8 años, aunque puede aparecer a cualquier edad (Kushnir, Kushnir y Sadeh, 2013). Se debe tener en cuenta que con el aumento de la edad los casos van disminuyendo, ya que existe una alta tasa de remisión espontánea, oscilando entre el 5-10 por 100 anual después de los 5 años. Así, la mayor parte de los niños con esta problemática se han hecho continentes al llegar a la adolescencia, o durante ésta (se estabiliza a los 14-15 años), aunque en el 1 por 100 de los casos se prolonga hasta la edad adulta (APA, 2013).

En cuanto al sexo, la enuresis nocturna tiene mayor frecuencia en niños que en niñas, pero conforme aumenta la edad los porcentajes van acercándose hasta ser casi idénticos (APA, 2013; Kushnir et al., 2013). Así, a los 14 años la proporción es de una chica por cada dos chicos, y a los 18 años el porcentaje es alrededor del 1 por 100 en los chicos, y por debajo del 1 por 100 en las chicas. Por otro lado, la enuresis diurna y la mixta prevalecen entre las niñas, asociándose también a encopresis y urgencia urinaria. Además, el riesgo de tener un hijo que desarrolle enuresis es mayor cuando el padre ha sido enurético que cuando lo ha sido la madre.

Con respecto a la encopresis, por definición no puede aparecer antes de los 4 años, y normalmente se inicia entre los 4 y los 11 años, siendo más frecuente a los 4 o 5 años. Como en la enuresis, los casos declinan con la edad en una proporción del 28 por 100. Es raro encontrar este trastorno en adolescentes, o por encima de los 16 años, excepto en casos de personas con retraso mental (APA, 2013). Si atendemos al sexo, es más frecuente en niños que en niñas, tanto en la diurna como en la nocturna, aunque las diferencias entre sexos son

menores que en la enuresis.

1.5. Problemas psicológicos y familiares asociados

Las alteraciones asociadas a la enuresis dependen de las limitaciones que puedan ejercer sobre las actividades sociales del niño (actividades extraescolares, campamentos, pasar una noche fuera de casa), de su efecto sobre la autoestima, problemas con los compañeros y amigos (burlas, aislamiento), así como la actitud, el castigo y el rechazo de los padres hacia el niño y su problemática (APA, 2013; Butler, 2004). En ocasiones los niños con enuresis también tienen retrasos del desarrollo del habla, del lenguaje, del aprendizaje y de las habilidades motoras. En los niños con enuresis es posible observar también, con mayor probabilidad que en población normal, encopresis, sonambulismo, terrores nocturnos, bajo rendimiento académico, infecciones del tracto urinario y baja autoestima.

Los niños que padecen encopresis suelen sentirse avergonzados, y tratan de evitar las situaciones que puedan ser embarazosas, como ir al colegio o un campamento. Al igual que en la enuresis, los efectos del problema dependerán de lo afectada que se vea la autoestima, las relaciones sociales con los compañeros y las relaciones en el ámbito familiar (APA, 2013). Muchos niños con encopresis y con estreñimiento crónico también presentan síntomas de enuresis y pueden tener reflujo urinario, en la vejiga o los uréteres, capaz de producir infecciones urinarias crónicas, siendo más frecuentes en las niñas. Se ha observado que en estos niños existen mayores niveles de problemas familiares y sociales, conducta disruptiva, baja autoestima y bajo rendimiento escolar que en población normativa (Cox, Morris, Borowitz y Sutphen, 2002).

1.6. Modelos explicativos y/o etiología

Existen formulaciones etiológicas para explicar la enuresis y la encopresis. Sin embargo, en ningún caso se debería atender a un único factor o explicación, pues son trastornos multifactoriales, en los que debemos tener una amplia perspectiva sobre los factores de su origen y mantenimiento si queremos comprenderlas. Así, las principales explicaciones sobre la enuresis son:

— *Formulación psicodinámica*. Se sugiere que la enuresis es el resultado de un conflicto subyacente, de una situación de estrés emocional o de ansiedad relacionada con el entorno familiar, y que provoca en el niño inseguridad, inestabilidad emocional y física (Olvera y Lucio, 2014).
— *Predisposición genética*. La herencia se ha demostrado en estudios de familias, de gemelos y de segregación. Así, la prevalencia del trastorno es mayor en niños con antecedentes familiares de enuresis (padres o hermanos), en torno al 60 por 100. El riesgo de enuresis nocturna en la infancia es aproximadamente 3,6 veces mayor en los

hijos de madres enuréticas, y 10,1 veces en caso de incontinencia urinaria paterna. La magnitud del riesgo de presentar enuresis nocturna y la del riesgo de incontinencia diurna son similares (APA, 2013).

— *Factores fisiológicos*. Existen distintas hipótesis al respecto (Bragado, 2009; Butler, 2004; Schulz-Juergensen, Bolte, Gebhardt, y Eggert, 2013; Wright, 2008). Una de ellas es la inmadurez de los mecanismos fisiológicos implicados en la continencia. Este retraso afectaría al proceso de crecimiento de las estructuras y funciones del sistema nervioso central, provocando un retraso en las respuestas esperadas según el desarrollo. Otra hipótesis relaciona la enuresis con la poliuria, atribuyendo el problema a una alteración en el ritmo circadiano de liberación de vasopresina, que durante la noche no alcanza el nivel esperado, dando lugar a una mayor cantidad de orina que excede de la capacidad de la vejiga. La hipótesis del sueño excesivamente profundo señala que los niños con enuresis presentan un umbral de activación más elevado para reaccionar ante los estímulos internos y externos, y por ello no se despiertan ante el estímulo de plenitud vesical. Por último, se hipotetiza que la enuresis está relacionada con una actividad disfuncional del detrusor. La hiperactividad de este músculo provoca contracciones incontroladas antes de que la vejiga se llene, motivo por el que el niño muestra una elevada urgencia por orinar.

— *Factores psicológicos*. La enuresis es fruto de una deficiencia en los hábitos de continencia del niño, resultante de experiencias de aprendizaje inadecuadas, de contingencias de reforzamiento inapropiadas, o bien retraso o laxitud del aprendizaje para ir al baño. Además, también pueden influir en su aparición problemas emocionales (falta de afecto, actitudes críticas y/o exigentes por parte de los padres, rechazo de los iguales) o estrés psicosocial (divorcio de los padres, nacimiento de un hermano, cambio de colegio) (Butler, 2004).

En el mismo sentido, las principales explicaciones sobre la encopresis son:

— *Formulación psicodinámica*. La encopresis se considera en relación a la sexualidad infantil y su represión, especialmente en la etapa anal del desarrollo del niño. También puede estar relacionada con el contexto social y familiar, en particular con alteraciones en la relación entre la madre y el hijo (Wicks-Nelson e Israel, 2012). Así, se trata la encopresis como un síntoma de un conflicto inconsciente encubierto o subyacente que puede tomar la forma de falta de amor por parte de los padres, ansiedad por separación o agresión contra el mundo (Olvera y Lucio, 2014).

— *Factores fisiológicos*. Defectos del desarrollo en la estructura y funcionamiento de los mecanismos fisiológicos y anatómicos necesarios para la continencia fecal pueden provocar retrasos en la adquisición de la continencia. Estos déficits se consideran temporales (Wicks-Nelson e Israel, 2012). La otra hipótesis fisiológica más extendida se basa en el estreñimiento, que puede ser originado por diversas causas: defecaciones

dolorosas, la dieta, el uso de determinados medicamentos o el almacenamiento prolongado de las heces en el recto. Así, si las heces permanecen durante más tiempo en el intestino siguen perdiendo agua, por lo que acaban por compactarse y resecarse. Esto hace que el recto sufra una elevada dilatación, lo que acaba deteriorando la sensación de plenitud que normalmente señala la necesidad de defecar, y haciendo que el esfínter pierda parte de su capacidad de contracción, originando la pérdida de heces.

— *Factores psicológicos.* La encopresis puede ser el resultado de deficiencias en los hábitos del niño, experiencias de aprendizaje inadecuadas, experiencias desagradables o dolorosas asociadas a la defecación, o contingencias de reforzamiento inapropiadas. En concreto, se considera que la encopresis primaria es consecuencia de la incapacidad de aplicar de forma consistente los métodos de entrenamiento convenientes, mientras que la secundaria se explica por principios de condicionamiento de evitación; así, la evitación al dolor o el miedo refuerza la evitación (Wicks-Nelson e Israel, 2012). Además, también pueden influir en su aparición problemas emocionales, familiares, estrés psicosocial o actitudes demasiado críticas o exigentes de los padres hacia sus hijos (Faruk, Aysev y Öker, 2011).

2. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

En la evaluación psicológica se descartarán las posibles causas orgánicas. Además, se tendrán en cuenta las pautas educativas utilizadas para enseñar al niño el control del esfínter, la actitud de los padres frente a la situación y cuáles son los hábitos actuales de las micciones. También se debe identificar si existe afectación psicológica asociada al control de esfínteres, y motivación por superar el problema.

2.1. Áreas a evaluar

Para identificar/descartar las posibles causas orgánicas se suele realizar una evaluación médica en atención primaria (pediatras), para descartar las anomalías urológicas o neurológicas que estén propiciando el trastorno. La exploración médica incluye: la historia clínica del niño, la exploración física (abdominal, genitourinaria y neurológica), y un estudio analítico para comprobar la existencia de infecciones urinarias o alteraciones metabólicas o renales. En la mayoría de los casos esta exploración es suficiente para realizar el diagnóstico diferencial, pero en casos complicados (sobre todo en enuresis diurna o mixta) suele ser conveniente realizar un estudio más amplio para asegurar el diagnóstico. Este estudio incluiría pruebas de imagen como ecografía, radiografías, cistografía o resonancia magnética, y un estudio urodinámico con uroflujometría, test de presión de flujo, cistomanometría, perfil de la presión uretal y electromiografía.

Descartadas las causas orgánicas se procede a la evaluación psicológica de la enuresis,

que siempre estará compuesta por: entrevista clínica, registros conductuales y cuestionarios. La entrevista clínica es el principal instrumento de evaluación, y se considera que debe tener varias sesiones, una con los padres y otra a solas con el niño. Además, habrá una tercera sesión, en la que se explique el problema y se establezca el acuerdo sobre las estrategias terapéuticas a seguir, en la que es conveniente que estén presentes tanto el niño como sus padres. En la entrevista se deberá recoger información sobre las siguientes áreas (Bragado, 2014; Comeche, 2012):

— Análisis de la conducta enurética y otras conductas involucradas en la adquisición del control de esfínteres: origen, frecuencia, duración y tipo de enuresis, situaciones en la que ocurre con mayor o menor frecuencia, contingencias, grado de adquisición de habilidades de control, hábitos de higiene y autonomía, y desarrollo evolutivo.
— Historia familiar de enuresis: conocer si algún miembro de la familia ha sido o es enurético, y sondear cuáles son las actitudes de los diferentes miembros ante la problemática.
— Entorno familiar: relaciones entre los distintos miembros de la familia, así como el grado de acuerdo entre los padres en la educación de los hijos en general y sobre la enuresis en particular.
— Manejo previo de la enuresis: si es la primera vez que se pide ayuda o se ha pedido en otras ocasiones; si han existido intentos previos de tratamiento preguntar cuáles y cómo fueron.
— Condiciones de la vivienda: conocer la distribución, las características de la habitación del niño y la proximidad al servicio.
— Problemas concomitantes: autoestima, adaptación social y escolar, rendimiento académico, problemas emocionales, y problemas que puedan influir en el mantenimiento del problema o como consecuencia de éste.
— Motivación para el cambio: valorar la predisposición tanto del niño como de los padres a colaborar y participar activamente en el tratamiento, así como a seguir las instrucciones y consejos del terapeuta.

Los registros conductuales se suelen utilizar tanto al inicio de la intervención, con el objetivo de establecer la línea base, como a lo largo de la intervención para valorar el progreso del tratamiento. Un registro estándar debe incluir la frecuencia de enuresis y el despertar espontáneo. Además, cuando existe enuresis diurna también se debe registrar la frecuencia de visita al inhodoro durante el día, la hora y lugar de los escapes de orina, y si existe sensación de urgencia. Es importante que el registro sea lo más sencillo y gráfico posible para que pueda ser cumplimentado por el niño, fomentando su papel activo durante la intervención.

Por último, la utilización de cuestionarios es opcional, pero son un medio rápido de obtener información complementaria y de interés para el tratamiento. Existen dos tipos de

cuestionarios: para evaluar la actitud de los padres ante el problema, y autoinformes sobre adaptación y funcionamiento general del niño.

— Escala de tolerancia materna (Morgan y Young, 1975; adaptación de Bragado, 2009).
— Cuestionario atribucional (Butler, Brewin, y Forsythe, 1986; adaptación de Bragado, 2009).
— *Child Behaviour Checklist* (Achenbach y Rescorla, 2001).
— Test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil (Hernández, 2009).

En la encopresis los expertos recomiendan una evaluación médica sencilla y lo menos invasiva posible, que estaría compuesta por la historia clínica del niño, la exploración física (abdominal, inspección perianal y neurológica) y una ecografía abdominal. Si con estos datos no se pudiera establecer el diagnóstico, se pueden ampliar las pruebas a realizar: analítica (para descartar infecciones y anomalías metabólicas y endocrinas), pruebas de imagen (radiografía, enema de bario, marcadores radio opacos o resonancia magnética), manometría anorrectal y biopsia. El objetivo de la evaluación médica es doble, por un lado para poder hacer el diagnóstico diferencial de la encopresis, y por otro para comprobar si existe estreñimiento y valorar el grado de retención fecal y las disfunciones fisiológicas asociadas.

Cuando ya se han descartado las causas orgánicas, se realiza la evaluación psicológica de la encopresis, que estará compuesta por: entrevista clínica, registros conductuales y cuestionarios. La entrevista clínica es la parte principal de la evaluación, y debe estar compuesta por tres sesiones: una con los padres, otra a solas con el niño, y una tercera sesión en la que se explique el problema y se acuerden cuáles serán las estrategias terapéuticas a seguir, estando presentes tanto el niño como sus padres. En la entrevista se recogerá información sobre las siguientes áreas (Bragado, 2014; Comeche, 2012):

— Historia de la encopresis: tipo y frecuencia, duración, situación, eventos precipitantes y factores de mantenimiento, circunstancias que modifican la frecuencia, consistencia, cantidad y tamaño de las heces, y si existe ensuciamiento o no.
— Hábitos higiénicos: repertorio conductual, condiciones ambientales en el acceso al aseo, rutinas matinales de la familia, hábitos de aseo personal y grado de autonomía.
— Problemas concurrentes: autoestima, adaptación social y escolar, rendimiento académico, problemas emocionales, y problemas que puedan influir en el mantenimiento del problema o a consecuencia de éste.
— Historia familiar de encopresis: conocer si algún miembro de la familia ha sido o es encoprético, sondeando cuáles son las actitudes de los diferentes miembros ante la problemática.
— Impacto familiar, personal y escolar: modo de interpretar el problema y modos de afrontamiento de los episodios de los diferentes miembros, en especial del niño.
— Tratamientos anteriores: si es la primera vez que se pide ayuda o se ha pedido en otras

ocasiones; si han existido intentos previos de tratamiento, preguntar cuáles y cómo fueron.

— Motivación para el cambio: valorar la predisposición tanto del niño como de los padres a colaborar y participar activamente en el tratamiento, así como a seguir las instrucciones y consejos del terapeuta.

Los registros conductuales son muy útiles porque aportan datos objetivos sobre el problema, además de utilizarse para establecer la línea base y valorar la progresión. Un registro estándar debe incluir: frecuencia de deposiciones apropiadas e inadecuadas, cuándo y dónde tienen lugar, consistencia, cantidad y tamaño de las heces, presencia o ausencia de las sensaciones de distensión rectal, molestias al defecar y consecuencias sociales subsiguientes. Por ello, es importante en estos casos utilizar dos registros diferentes, uno cumplimentado por el niño y otro por los padres; así podremos complementar y contrastar la información, así como obtener el punto de vista de ambas partes.

Por último, la utilización de cuestionarios es opcional. En este caso no se conocen cuestionarios para evaluar la actitud de los padres ante el problema, pero se pueden utilizar los autoinformes mencionados anteriormente para ampliar la información recogida, y conocer el impacto de la problemática en la adaptación a distintos entornos, así como el funcionamiento psicológico del niño.

2.2. Diagnóstico diferencial

Según el DSM-5, no se debe establecer el diagnóstico de enuresis en presencia de vejiga neurogénica, alteraciones o enfermedades médicas, aunque causen poliuria o urgencia urinaria, tampoco en el curso de una infección aguda del tracto urinario. El diagnóstico de enuresis sí es compatible con estos procesos si había incontinencia urinaria antes de presentarse la enfermedad médica o si persiste tras el establecimiento del tratamiento adecuado y la recuperación del sujeto. La enuresis puede aparecer durante el tratamiento con medicación antipsicótica, diuréticos y otros fármacos capaces de producir incontinencia. En estos casos el diagnóstico no se debe hacer de forma aislada, sino que puede constar como efecto secundario de la medicación. El diagnóstico sí es compatible si la incontinencia ya era habitual antes del tratamiento con la medicación. Además, como ya se ha comentado, no se puede hacer el diagnóstico de enuresis si la persona tiene menos de 5 años o una edad mental equivalente.

Sobre la encopresis, siguiendo el DSM-5, en presencia de una enfermedad médica el diagnóstico sólo es apropiado si el mecanismo implica estreñimiento, mientras que si la incontinencia fecal está relacionada con otras enfermedades médicas (por ejemplo, la diarrea crónica) no está justificado el diagnóstico.

2.3. Criterios del DSM-5

El principal rasgo de la enuresis es la emisión repetida de orina durante el día o la noche, en la cama o en la ropa (Criterio A); suele ser involuntaria, aunque en ocasiones puede ser intencionada. Para establecer un diagnóstico de enuresis, la emisión de orina debe producirse al menos dos veces por semana durante al menos tres meses, o debe causar un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico (laboral) u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio B). La persona debe haber alcanzado una edad en la que esté previsto que sea capaz de contener la orina (una edad cronológica de al menos 5 años o, en los niños con retraso del desarrollo, una edad mental de al menos 5 años) (Criterio C). La incontinencia urinaria no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, un diurético, un antipsicótico) u otra afección médica (por ejemplo, diabetes, espina bífida, epilepsia) (Criterio D).

El subtipo de enuresis sólo nocturna, también conocida como enuresis monosintomática, es el tipo más común, y en él la incontinencia se produce únicamente durante el sueño nocturno, especialmente durante el primer tercio de la noche. El subtipo de enuresis sólo diurna se presenta en ausencia de enuresis nocturna y puede ser referido como una simple incontinencia urinaria. Las personas que pertenecen a este subtipo pueden dividirse en dos grupos. Las personas con «incontinencia urgente» presentan síntomas urgentes repentinos e inestabilidad del detrusor, mientras que las personas con «emisión pospuesta» retrasan conscientemente las ganas de orinar hasta que se produce la incontinencia. El subtipo de enuresis nocturno y diurno también se conoce como enuresis no monosintomática.

TABLA 6.2
Criterios diagnósticos del DSM-5 para la enuresis

Criterios diagnósticos según el DSM-5 Enuresis 307.6 (F98.0)

A. Emisión repetida de orina en la cama o en la ropa, ya sea voluntaria o involuntaria.
B. El comportamiento es clínicamente significativo cuando se manifiesta con una frecuencia de al menos dos veces por semana durante un mínimo de tres meses consecutivos o por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico (laboral) u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. La edad cronológica es de por lo menos 5 años (o un grado de desarrollo equivalente).
D. El comportamiento no puede atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, un diurético, un antipsicótico) u otra afección médica (por ejemplo, diabetes, espina bífida, epilepsia).

Especificar si:
Sólo nocturna: emisión de orina solamente durante el sueño nocturno.
Sólo diurna: emisión de orina durante las horas de vigilia.
Nocturna y diurna: una combinación de los dos subtipos anteriores.

La principal característica de la encopresis es la excreción repetida de heces en lugares inapropiados (Criterio A). La excreción es involuntaria en la mayoría de los casos, aunque ocasionalmente puede ser intencionada. Los hechos deben ocurrir al menos una vez al mes durante al menos tres meses (Criterio B), y la edad cronológica del niño debe ser de al menos cuatro años (Criterio C). No se debería atribuir la incontinencia fecal exclusivamente a los

efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica, excepto si se explica a través de un mecanismo relacionado con el estreñimiento (Criterio D).

Cuando la emisión de heces es involuntaria, más que intencionada, a menudo se relaciona con el estreñimiento, la compactación fecal y la retención, con el consiguiente desbordamiento. El estreñimiento puede desarrollarse por razones psicológicas (ansiedad por defecar en un lugar determinado o un patrón de comportamiento oposicionista), lo que lleva a evitar la defecación. Las predisposiciones fisiológicas al estreñimiento son el esfuerzo ineficaz y las dinámicas de defecación paradójica, con tendencia a forzar antes que a relajar el esfínter externo o el suelo pélvico durante el esfuerzo para defecar. El estreñimiento también puede estar inducido por una deshidratación asociada a fiebre, hipotiroidismo o los efectos secundarios de algún fármaco. Una vez que se ha desarrollado el estreñimiento, éste puede complicarse por alguna fisura anal, dolor al defecar y nuevas retenciones fecales. La consistencia de las deposiciones puede variar: en algunos individuos pueden ser de consistencia normal o casi normal, mientras que en otros pueden ser líquidas (como en los que presentan incontinencia por desbordamiento secundaria a retención fecal) (tabla 6.3).

La dispersión de las heces puede ser deliberada o accidental, al tratar el niño de limpiar u ocultar las heces eliminadas involuntariamente. Las heces en el subtipo con estreñimiento e incontinencia por desbordamiento están característicamente (aunque no invariablemente) poco formadas y la pérdida puede ser de frecuente a continua, produciéndose sobre todo durante el día y raramente durante el sueño. Sólo parte de las heces se eliminan al ir al baño, y la incontinencia se soluciona después de tratar el estreñimiento. Las heces en el subtipo sin estreñimiento e incontinencia por desbordamiento suelen ser de forma y consistencia normales, y la deposición es intermitente. Las heces se pueden depositar en un lugar visible. Este hecho se asocia normalmente al trastorno negativista desafiante o a un trastorno de conducta, o puede ser consecuencia de una masturbación anal. La deposición sin estreñimiento parece ser menos frecuente que la deposición con estreñimiento.

TABLA 6.3
Criterios diagnósticos del DSM-5 para la encopresis

Criterios diagnósticos según la DSM-5 Encopresis 307.7 (F98.1)
A. Excreción repetida de heces en lugares inapropiados (por ejemplo, en la ropa, en el suelo), ya sea involuntaria o voluntaria.
B. Al menos uno de estos episodios se produce cada mes, durante un mínimo de 3 meses.
C. La edad cronológica es de por lo menos 4 años (o un grado de desarrollo equivalente).
D. El comportamiento no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, laxantes) u otra afección médica, excepto por un mecanismo relacionado con el estreñimiento.
Especificar si: Con estreñimiento e incontinencia por desbordamiento: Existen pruebas de la presencia de estreñimiento en la exploración física o la historia clínica. Sin estreñimiento e incontinencia por desbordamiento: No existen pruebas de la presencia de estreñimiento en la exploración física o la historia clínica.

Por último, señalar que las diferencias entre el DSM-IV-TR (2002) y el DSM-5 (2013) han sido mínimas, produciéndose numerosas críticas al respecto (Bragado, 2014). Los cambios más importantes han sido dos. Por un lado, el cambio de nombre de trastornos de la eliminación a trastornos de la excreción. Por otro lado, la ubicación de los trastornos dentro del manual, si antes estaban dentro del epígrafe trastornos con inicio en la infancia y la adolescencia, ahora tienen un epígrafe propio fuera del apartado trastornos del neurodesarrollo (epígrafe que ha sustituido al mencionado anteriormente). En general, se esperaban cambios más significativos y que pudieran contribuir a esclarecer sobre si los diferentes tipos de enuresis y encopresis se pueden considerar trastornos distintos, ya que tienen características distintas que influyen directamente en las implicaciones del trastorno para el sujeto y en el diseño de la intervención a seguir.

3. TRATAMIENTO

3.1. Enuresis

El tratamiento de la enuresis tiene una larga tradición, y está ampliamente consolidado en la intervención psicológica. Los métodos psicológicos (conductuales) son el tratamiento de elección en la mayoría de casos de enuresis, especialmente en la enuresis nocturna, que es el motivo de consulta por el que más se pide ayuda. La intervención se ha desarrollado a partir de tres técnicas básicas: el entrenamiento en retención de orina de Kimmel y Kimmel (1970), el método de la alarma de Mowrer y Mowrer (1938) y el entrenamiento en cama seca (Azrin, Sneed y Foxx, 1974). La mayoría de programas de intervención aplicados hoy en día en la práctica clínica suponen una combinación en mayor o menor medida de dichas técnicas, siendo el más utilizado en la actualidad el método de la alarma (Comeche, 2012). Sin embargo, cabe señalar que el entrenamiento en retención es incluso más importante, ya que supone un paso previo, es decir, es necesario que el niño aprenda a retener líquidos, antes de aprender a ser consciente de la necesidad de evacuar. Así, en los programas de intervención, antes de utilizar el método de la alarma debemos estar seguro de que el niño tiene adquiridas las habilidades necesarias para retener la orina; de lo contrario, el método de la alarma no tendrá éxito como técnica terapéutica, siendo ésta la razón mayoritaria en los casos de fracaso terapéutico.

3.1.1. Entrenamiento en retención voluntaria de orina

Este procedimiento fue descrito y sistematizado por Kimmel y Kimmel (1970). Su objetivo es que el niño aprenda a retener voluntariamente la orina cuando el deseo de orinar es apremiante, y posponga la micción períodos de tiempo progresivamente más largos. Para promover este aprendizaje se refuerza positivamente la retención, se recomienda aumentar la ingestión de líquidos, y se incorporan ejercicios para fortalecer el esfínter y aumentar su

capacidad funcional. Sobre los posibles mecanismos de acción involucrados en la desaparición de la enuresis, los autores otorgaban todo el peso al poder del reforzamiento y a la generalización de la respuesta inhibitoria, sin tener en cuenta otros cambios fisiológicos previsiblemente provocados por el entrenamiento. Por ejemplo, el incremento de la capacidad funcional de la vejiga, o un aumento sobre la respuesta de despertar durante la noche, a día de hoy está sin esclarecer (Bragado, 2009). Las pautas básicas propuestas para el desarrollo de la intervención son (Bragado, 2009; Comeche, 2012):

— El entrenamiento se aplicará siempre durante el día y bajo la supervisión de los padres, por lo que el mejor momento durante los días escolares es por las tardes.
— Cada día los padres le recuerdan que vaya al baño para vaciar su vejiga, aunque no tenga ganas de orinar. Después los padres animarán al niño a que beba 1 o 2 vasos de líquido.
— Se debe instruir al niño para que cuando manifieste urgencia de orinar avise a sus padres, quienes le pedirán que aguante unos minutos más. El tiempo inicial de retención será de unos minutos (4 o 5), tiempo que se irá incrementando paulatinamente hasta llegar a un máximo de 45 minutos.
— Finalizado el tiempo fijado para la espera se refuerza verbalmente al niño por el esfuerzo, siempre antes de orinar, y a continuación se le permite evacuar. El objetivo es reforzar la contención de la orina, no la evacuación. Según se incrementa el tiempo de retención es conveniente ir incrementando la cuantía del reforzador, utilizando reforzadores apetecibles para el niño o un sistema de fichas.
— En cada intento de retención, el niño debe registrar el tiempo que ha llegado a aguantar antes de orinar, supervisado en todo momento por sus padres.
— Para fortalecer la musculatura responsable de la inhibición se deben introducir ejercicios de contracción voluntaria de los músculos del esfínter, haciendo que el niño, mientras está orinando, corte la micción (contraer el esfínter) y la reinicie (relajar el esfínter), varias veces. Los ejercicios también sirven para hacer consciente al niño de que puede controlar la micción a voluntad.
— El tratamiento se mantiene hasta conseguir el criterio de catorce noches consecutivas secas.

3.1.2. Método de la alarma urinaria

En el momento actual, el método de la alarma, también llamado «pipí-stop», está constituido por un pequeño sensor de humedad que se sitúa en la ropa interior del niño (una especie de pequeña compresa), conectado a una alarma sonora que se suele colocar en la parte superior del pijama, para que el niño lo escuche y se despierte con facilidad. El objetivo del sistema es despertar al niño al comienzo de la micción, de modo que ésta se interrumpa justo al inicio de la relajación del esfínter externo, coincidiendo con el momento de mayor

distensión vesical. El funcionamiento de la alarma fue descrito como un proceso de condicionamiento clásico (Mowrer y Mowrer, 1938), en el que un estímulo incondicional (EI) inicial (la distensión vesical), que produce una respuesta incondicional (RI) inicial (la relajación del esfínter y el inicio de la micción), quedaría asociado a un nuevo estímulo incondicional (EI) (el timbre), produciendo una respuesta incondicional (RI) habitual (el despertar), y una nueva respuesta incondicional (RI) (la contracción del esfínter y la interrupción de desencadenar la micción). Tras varios ensayos de condicionamiento la distensión vesical quedaría condicionada (EC), produciendo de forma automática dos respuestas condicionadas (RC): el despertar y la inhibicación de la micción. Sin embargo, los procesos de aprendizaje por los que se consigue el control de la micción mediante la alarma son controvertidos. En la actualidad, las explicaciones sobre el condicionamiento en este método apuntan a un modelo mixto, en el que están operando simultáneamente procesos de condicionamiento clásico y mixto (Bragado, 2009). Así, el condicionamiento clásico parece la mejor explicación sobre el modo de acción de la alarma, aunque no se descarta la influencia de factores operantes, ya que la plenitud vesical resulta el estímulo fisiológico apropiado para desencadenar toda la secuencia que constituye el reflejo de micción y el vaciado nocturno de orina, si el reflejo no se inhibe.

El procedimiento básico de aplicación de la alarma consiste en (Bragado, 2009; Comeche, 2012):

— Explicar, desmitificar y motivar. Padres y niños están destinados a cooperar en el proceso, y la mejor forma de lograrlo es explicar a ambas partes la lógica del tratamiento, qué objetivos persigue y qué tienen que hacer para conseguirlos. Además, se debe motivar al cambio y prevenir los abandonos, enfocando el problema desde la perspectiva del aprendizaje, desmontando las ideas equivocadas y generando expectativas de éxito.
— Establecer la línea base. Para poder determinar el éxito del tratamiento es necesario establecer el punto de partida de las conductas a modificar. Es aconsejable registrar la frecuencia de la enuresis (noches mojadas y episodios por noche) al menos durante una semana antes del tratamiento (mejor dos). Si es el niño quien lleva el registro, esto hará aumentar su motivación y participación en el tratamiento.
— Planificar el tratamiento. Debe quedar claro para todos los participantes cuál va a ser el proceso a seguir. Es importante que queden claros aspectos como: cuándo iniciar el tratamiento, quién se encarga de la supervisión en casa, el tipo de alarma, la duración, los contactos con el terapeuta, los registros… Todo ello se debería dar por escrito, y ser puesto en común con los padres y con el niño para aclarar todas las dudas posibles antes del inicio.
— Demostración práctica. Es importante mostrar a padres y niños cómo funciona el equipo, para que se familiaricen con él y resuelvan dudas con el terapeuta, aunque los aparatos sean de fácil manejo y vengan con instrucciones.

— Entrenar las tareas del niño. Cada noche, cuando suene la alarma, el niño deberá: levantarse de la cama, desconectar la alarma, ir al aseo, terminar de orinar, secar el sensor, colocarlo de nuevo, lavarse y secarse, ponerse ropa limpia, cambiar la cama si está mojada y volverse a acostar. Los padres mientras tanto deben supervisar y reforzar verbalmente al niño.
— Registro. Cada mañana el niño revisará la cama y la ropa mojada para poder cumplimentar el registro. Los padres deben supervisar y reforzar al niño por realizar la tarea de forma adecuada.
— Consecución del éxito. Esta secuencia de tratamiento se prolongará hasta conseguir un criterio de al menos siete noches seguidas sin ningún episodio enurético. Es importante identificar y valorar los progresos, por pequeños que sean, para aumentar la motivación del niño y su implicación. Además, se debe instruir a los padres para no interrumpir el tratamiento por su cuenta si no cumple sus expectativas en los primeros días. En este caso deberán ponerse en contacto con el terapeuta para que les aconseje.
— Sobreaprendizaje. Conseguido el criterio de éxito, se suele iniciar un período de sobreaprendizaje (al menos es conveniente), en el que se anima al niño a beber líquido extra antes de ir a dormir. El tratamiento se da por finalizado cuando el niño consigue 14 noches secas seguidas, en dicha condición.
— Seguimiento. Para supervisar la evolución del problema, consolidar los resultados y comprobar el mantenimiento, es conveniente programar sesiones de seguimiento al mes, a los 3 y 6 meses, y al año.

3.1.3. Entrenamiento en cama seca

El entrenamiento en cama seca es un tratamiento multicomponente, creado por Azrin, Sneed y Foxx (1973, 1974), para corregir la enuresis nocturna a partir de los principios del condicionamiento operante en adultos con retraso mental, y posteriomente en la etapa infantil. Los autores defienden como factores importantes en la adquisición del control de esfínteres no sólo la estimulación de la vejiga, sino también las consecuencias sociales del padecimiento de la enuresis y la motivación del sujeto. Así, el programa incluye los siguientes componentes: 1) dispositivo de alarma, 2) entrenamiento en despertar, 3) ingestión extra de líquidos, 4) entrenamiento en retención, 5) reforzamiento positivo por permanecer seco y 6) consecuencias aversivas por mojar la cama.

El entrenamiento se desarrolla en tres fases, con los siguientes aspectos básicos (Bragado, 2009; Comeche, 2012):

— Primera fase: entrenamiento intensivo (primera tarde-noche). Originalmente la realizaba un terapeuta especializado que dirigía el entrenamiento y enseñaba a los padres. En la actualidad, los padres pueden abordar el procedimiento sin reducir su eficacia.

- Una hora antes de ir a la cama, el entrenador (terapeuta o padres) describe al niño el procedimiento como algo ventajoso. Se le explica el funcionamiento de la alarma y se realizan 20 ensayos de práctica positiva. Se bebe 1 o 2 vasos de líquido y se va a dormir.
- Despertar cada hora. El entrenador despierta al niño cada hora y le pide que vaya al servicio. Antes de orinar, se le propone que aguante una hora más sin orinar. Si no puede aguantar se le permite que orine y se le refuerza por haberlo hecho en el aseo. Si dice que puede aguantar, se le refuerza por ello y se le acompaña a la cama. Antes de acostarse se le pide que compruebe que la cama está seca, y se le anima a que beba un vaso de agua más.
- Si el niño se orina en la cama sonará la alarma. Entonces hay que pedirle que se levante, regañarle por haber mojado la cama e indicarle que vaya al servicio a acabar de orinar. Cuando regresa a la cama debe realizar el entrenamiento en limpieza y los 20 ensayos de práctica positiva. Además, tendrá que repetir los ensayos de práctica positiva al día siguiente antes de acostarse.

— Segunda fase: supervisión post-entrenamiento. Esta fase comienza a la noche siguiente, y se mantiene hasta conseguir un criterio de siete noches consecutivas secas. Se suprime la ingestión extra de líquido y el entrenamiento en retención.



Figura 6.1.—Niño haciendo sus tareas en el entrenamiento en cama seca.

- Antes de acostarse, se coloca el dispositivo de alarma y si efectúan los 20 ensayos de práctica positiva (sólo si la noche anterior se hizo pis). Se anima al niño a permanecer seco.
- Despertar escalonado. Se mantiene el entrenamiento en despertar, pero de forma más suave: se despierta al niño 2 o 3 horas después de haberse ido a dormir, y después de

cada noche seca se adelanta la hora de despertar 30 minutos. El entrenamiento finaliza cuando el tiempo en que habría que despertar al niño coincida con que ha transcurrido una hora desde que se acostó.

- Cuando suena la alarma se debe actuar igual que la primera noche.
- Después de cada noche seca se debe reforzar al niño por haber permanecido seco varias veces, y sobre todo antes de ir a dormir.

— Tercera fase: rutina normal. Comienza una vez superada la anterior, se retira el dispositivo de alarma y se suprime el despertar. Si por la mañana la casa está mojada se debe animar al niño a que realice el entrenamiento en limpieza, y a la noche siguiente antes de ir a dormir se deberá hacer la práctica positiva. Si la cama está seca, los padres deben alabar y reforzar al niño de forma efusiva por sus progresos.

3.1.4. Otros tratamientos conductuales

Existen más procedimientos conductuales mencionados en la bibliografía especializada, aunque se consideran variaciones o combinaciones de los procedimientos mencionados anteriormente:

— Entrenamiento de amplio espectro en el hogar (*Full-spectrum home training;* Houts, 2003). Este procedimiento incluye la alarma, el entrenamiento con reforzamiento monetario, el entrenamiento en limpieza, sobreaprendizaje y autorregistro de noches mojadas y secas.

— El entrenamiento en despertar (*Arousal-training;* van Londen, van Londen-Barentsen, van Son y Mulder, 1993). Es un procedimiento manualizado que emplea la alarma, pero centra su atención en las respuestas operantes que el niño debe ejecutar una vez que ésta se ha activado. Cuando suena la alarma, el niño tiene que apagarla en un intervalo de tres minutos, ir al baño a terminar de orinar, volver a la cama y conectarla de nuevo. La secuencia es reforzada con dos fichas, pero si no sigue las instrucciones debe pagar una ficha.

3.1.5. Terapia farmacológica

La probada eficacia de los métodos conductuales, junto con los efectos secundarios de los fármacos y la pérdida de eficacia que se produce tras su retirada, hacen que éstos no sean los tratamientos de primera elección (van Dommelen et al., 2009). Sin embargo, también son una alternativa válida y utilizada, sobre todo entre los médicos (pediatras y psiquiatras), que muchas veces son los primeros profesionales en atender al niño enurético. Los fármacos más utilizados son (Brown, Pope y Brown, 2010; Wright, 2008):

— Antidepresivos tricíclicos: imipramina. Vuelve el sueño más ligero, facilitando el despertar ante la sensación de plenitud vesical.
— Desmopresina. Disminuye el volumen de orina que entra en la vejiga durante la noche, debido a sus efectos antidiuréticos, que contribuyen a la reabsorción de agua por los riñones.
— Anticolinérgicos: oxibutina y tolterodina. Se emplea para corregir la inestabilidad vesical asociada a la incontinencia, disminuyendo las contracciones involuntarias del detrusor.

3.2. Encopresis

El tratamiento de la encopresis no está tan sistematizado como el de la enuresis, aunque la mayoría de profesionales combinan un enfoque médico y conductual. Así, parece que el entrenamiento en el uso del baño para lograr una rutina defecatoria (conductual), y la utilización de laxantes para vaciar el recto del material fecal acumulado (médico), se revelan como piezas fundamentales en el tratamiento de la encopresis retentiva (Bragado, 2003), mientras que el componente principal del tratamiento de la encopresis sin estreñimiento es el entrenamiento en el uso del baño (Bragado, 2014).

3.2.1. Intervención multicomponente

De esta forma, una intervención multicomponente (Comeche, 2012; Bragado, 2014; Wicks-Nelson e Israel, 2012) basada tanto en principios psicológicos como médicos es la opción más utilizada en el tratamiento de la encopresis. En primer lugar se utiliza la psicoeducación para instruir a los padres y al niño acerca de la encopresis y de la intervención que se va a realizar. Esto ayuda a que comprendan la problemática, pero también a establecer la relación terapéutica, aumentando la motivación, ofreciéndoles responsabilidad y animando a su implicación con una participación activa.

A continuación se comienzan a utilizar enemas o laxantes para eliminar la acumulación fecal y facilitar una defecación no dolorosa. En un primer momento se emplea una dosis mayor del fármaco (fase de desimpactación), para garantizar el vaciado completo de las heces retenidas. Después se utiliza una dosis menor, suficiente para asegurar una defecación regular, evitando la acumulación de heces (fase de mantenimiento).

También se pone en marcha el entrenamiento en el uso del baño, en el que intervienen técnicas de reforzamiento positivo, control de estímulos, instigadores verbales, desvanecimiento y manejo del ambiente. Se pide a los padres que programen un horario regular para ir al retrete, evitando pautas dilatorias o retentivas. Para ello se debe sentar al niño en el inodoro después de cada comida principal, momento en que los reflejos asociados a la defecación son más activos; así será más fácil para el niño discriminar los estímulos

fisiológicos que preceden a la defecación. El niño debe permanecer sentado unos 5-10 minutos, ya que estar más tiempo sentado no garantiza que se produzca la defecación. Es importante que el niño no vea este hecho como un castigo, así como la actitud neutra por parte de los padres para que no se desanime. También se le pueden ofrecer tebeos, videojuegos o música para que le resulte algo placentero, evitando la ansiedad ante el inhodoro y fomentando una postura relajada, sobre todo de las piernas para que no contribuyan a la continencia.

Además, se modifica la dieta. Los alimentos ricos en fibra ayudan a la regulación intestinal, por lo que se recomienda incrementar el consumo de frutas, cereales y legumbres. De igual modo se aconseja incrementar la ingesta de agua y líquidos en general, con el fin de promover la hidratación de las heces.

Para ayudar a instaurar y mantener las conductas involucradas en la continencia se deben utilizar refuerzos positivos para recompensar, siempre que se produzca la defecación sin ayuda en el retrete, y sin ensuciar la ropa. Por el contrario, si el niño se ensucia se le debe enseñar a limpiarse, tanto a sí mismo como la ropa, y también se pueden utilizar la práctica positiva y la sobrecorrección, con el objetivo de disminuir los episodios de ensuciamiento.

Asimismo, en casos de contracción paradójica del esfínter también se puede utilizar el entrenamiento en biofeedback, para que el niño aprenda a relajar este músculo y controle voluntariamente la expulsión de las heces. Ello puede hacerse de dos modos: manométrico, cuando se recibe información del nivel sobre la presión en los esfínteres anales interno y externo; y electromiográfico, cuando se recibe información del nivel de tensión/distensión del esfínter anal externo.

En la actualidad se están realizando estudios para incorporar el desarrollo psicomotor a través de la terapia de juego en el tratamiento de la encopresis (Esposito et al., 2013). En este sentido, el juego puede considerarse esencial para el correcto desarrollo de las capacidades generales de los niños, tales como sus habilidades motoras, la integración viso-motora, la regulación de la conducta y la adquisición de reglas. Desde esta perspectiva, el enfoque psicomotor podría permitir al niño a manejar mejor su control corporal, interiorizar normas y obtener una mayor confianza en reconocer y responder a sus propias necesidades (físicas y emocionales). La investigación señala que los niños tratados con este enfoque, además de resolver la encopresis, mejoran sus competencias sociales y su rendimiento académico, a la vez que disminuyen sus problemas atencionales y emocionales.

En conclusión, el tratamiento multicomponente es eficaz, con unos índices de éxito que rondan el 100 por 100, y con índices de recaída bajos. Sin embargo, se debe tener en cuenta que el éxito del programa, así como su duración, dependen del rigor con el que los padres lleven adelante el programa, y de la cooperación del niño.

3.3. Factores que pueden afectar al pronóstico

Aunque los costos sociales, emocionales y psicológicos de este trastorno son grandes para

los niños, no todos (niños y padres) están dispuestos a afrontar el tratamiento o a participar activamente en él. En este sentido, es importante motivar tanto al paciente como a su familia, y hacerles responsables de los cambios que se puedan producir. Una de las razones por las que a veces cuesta pedir ayuda es por el hecho en sí, ya que supone aceptar que existe un problema, y no es fácil ni para los niños ni para sus padres hablar de un niño enurético o encoprético. En este sentido, facilita la tarea del terapeuta hablar de los mitos sobre el trastorno, así como hablar siempre del niño y del problema como entes distintos, no ligados el uno al otro. Otro factor que puede ayudar al pronóstico es la sinceridad del terapeuta sobre las dificultades o problemas que puedan surgir durante la intervención. Una actitud positiva por parte de éste que anime al niño, y a sus padres, puede ser el factor clave para decidir afrontar la intervención o sobreponerse a las dificultades. Como se ha podido apreciar, los padres tienen un papel relevante en las intervenciones de este tipo de trastornos, bien como coterapeutas, como entrenadores o supervisores. Por esta razón no se les puede dejar al margen, sino que se les debe entrenar y dar estrategias para que cumplan de forma positiva con su rol, sin perjudicar la intervención con sus actitudes o refuerzos inapropiados, ayudando en todo momento al éxito de la intervención (Montoya-Castillo y Gómez, 2014). No se puede negar la aparición de factores emocionales (nacimiento de un hermano), sociales (burlas), escolares (inicio de curso) o familiares (cambio de residencia), que pueden influir en el tratamiento, pero que escapan a nuestro alcance. Por ello, fomentar las actitudes de empatía, cooperación y participación, entre todos los miembros implicados en la intervención (niño, padres, maestros, terapeuta, médico), contribuye al éxito terapéutico.

4. CONCLUSIONES

A lo largo del capítulo se ha puesto de manifiesto que la enuresis y la encopresis son trastornos relativamente frecuentes en la infancia, y gracias a la investigación y sistematización de los tratamientos se puede asegurar un buen pronóstico en estos casos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que cuanto menos instaurada esté la problemática mejor será la respuesta al tratamiento, ya que estarán afectadas menos áreas del funcionamiento del niño. Por ello es importante pedir ayuda en los primeros meses, y no dejar que el problema se complique.

Se ha observado que la enuresis y la encopresis son problemas multifactoriales y complejos, en los cuales los factores psicológicos y emocionales tienen una gran implicación, tanto en las causas como en las consecuencias y en el mantenimiento. Así, es importante en estos casos atender al niño y a sus condiciones en conjunto para poder comprender su problemática y enfocar bien el tratamiento. Éste no debería enfocarse únicamente al problema en sí, sino que a la hora de diseñar la intervención debería completarse con otras estrategias y técnicas que ayuden a cubrir otras necesidades latentes del niño (de tipo emocional, social o desarrollo de habilidades), y que pueden estar influyendo indirectamente en la enuresis y la

encopresis.

Por último, señalar la necesidad de continuar trabajando desde la clínica y la investigación para dar respuesta a una serie de limitaciones: clarificar las diferencias de síntomas y características que subyacen a los distintos tipos de enuresis (nocturna, diurna, mixta) y de encopresis (con o sin estreñimiento y rebosamiento), profundizar en los tratamientos dirigidos a la encopresis y definir un tratamiento sistematizado, e incluir a los padres en los tratamientos no sólo como entrenadores o supervisores sino como agentes activos. En definitiva, aunque la enuresis y la encopresis son trastornos con una larga tradición de estudio, es necesario continuar profundizando en estas problemáticas, dado que son trastornos muy presentes en la infancia y que pueden influir en muchas áreas del funcionamiento del niño, afectando a su adaptación.

5. CASO CLÍNICO

Motivo de consulta

Jordi es un niño de siete años y un mes derivado por la orientadora del centro escolar a clínica privada de psicología infantil para evaluación y tratamiento. El motivo es sospecha de encopresis, déficit de atención e hiperactividad, problemas de conducta y problemas de psicomotrocidad. Cuando los padres contactan telefónicamente para pedir cita, señalan que les preocupa que su hijo a veces se hace caca encima, y que por ello se burlan de él en el colegio.

Datos familiares

Conviven en el domicilio familiar: madre, padre, paciente y hermano. La madre (39 años) trabaja como gerente en un centro de discapacitados. El padre (43 años) trabaja en una fábrica de coches. El hermano menor tiene 4 años. Sus padres refieren que es un niño muy avanzado para su edad, con un don especial para la música. Es una familia de nivel socioeconómico medio.

La madre relata que en casa están desbordados por los problemas de Jordi. En las últimas semanas le han llamado varias veces del colegio porque se había hecho caca encima, y porque la tutora no está contenta con su comportamiento en clase. Dice que no pueden estar faltando a sus trabajos para ocuparse de él. El padre de Jordi apenas habla, pero asiente a todo. Cuando se les pregunta por la rutina familiar, la madre señala que por las mañanas su marido sale de casa a las siete de la mañana para ir a la fábrica a trabajar, y es ella quien se encarga de levantar a los niños y llevarlos al colegio. Los niños comen en el comedor escolar, y el padre los recoge a las seis de la tarde, después de las actividades extraescolares. Él es el encargado de hacer la compra, preparar la cena y duchar a los niños. La madre llega a casa sobre las nueve de la noche, cuando los niños están cenando o ya han cenado. Jordi describe a su madre como «la que friega los platos, lava la ropa, me dice que haga los deberes y me castiga». A su

padre lo describe como «un señor de mal carácter, que hace la cena, me riñe y tiene la mano ligera».

Anamnesis

El embarazo fue deseado y no hubo complicaciones, salvo que la madre estuvo vomitando los primeros cinco meses. El parto sí fue complicado: se adelantó un mes, duró 27 horas y tuvieron que utilizar los fórceps para sacarlo. Sobre el desarrollo de Jordi recuerdan que comenzó a decir las primeras palabras (mamá) cuando tenía un año, y comenzó a andar a los 19 meses. No recuerdan cuándo le quitaron el pañal ni cuándo alcanzó el control completo de los esfínteres. No refieren enfermedades.

No tiene definida la lateralidad, le cuesta coger la pelota cuando se le pasa, corre con dificultad, tiene dificultades para bajar/subir escaleras y le costó el aprendizaje de la escritura (no es buena). Los sábados acude a natación y a una rehabilitadora para mejorar su motricidad. Antes tenía dificultades para pronunciar algunas palabras, pero desde que acude con la rehabilitadora (hace un año) ha superado sus problemas, aunque destaca su elevado tono de voz (sobre todo si hay ruido ambiental).

Se le comenzó a escapar la caca de forma ocasional. Hace dos o tres años eran pequeños escapes a los que no se daba importancia en la familia, ya que sólo se manchaba la ropa interior, y él no decía nada. Parecía como si no le hubiera dado tiempo de llegar al baño, o se hubiera estado tirando muchos pedos. Los padres le regañaban por manchar la ropa, le decían que los pedos debía tirárselos en casa, y que si se hacía caca debía ir al baño, pedir permiso a la maestra si estaba en el cole, o dejar de jugar a la consola si estaba en casa. Hace cuatro o cinco meses el problema se agravó, pues un día se hizo caca encima mientras estaba en clase y se manchó los pantalones. Desde entonces muchos días se hace caca en el colegio, no todas las semanas pero sí varias veces al mes, y algunos días también en casa. Según los padres fue entonces cuando comenzaron los problemas con los compañeros, que se burlan de él y se ríen. Con la orina no hay problemas. No existen antecedentes familiares, ni de enuresis ni de encopresis.

En el colegio está en primer curso de primaria. Los padres señalan que la maestra se queja de su comportamiento en clase, pues habla mucho y se levanta de su sitio. También le regaña por no hacer los deberes en clase y por no prestar atención cuando se le habla. Se establece contacto con el centro escolar, y la maestra dice que el niño tiene problemas para seguir el ritmo del resto de niños de la clase, por lo que pidió a la orientadora que evaluara al niño y que éste fuera atendido 4 horas a la semana fuera del grupo, de forma individualizada, para reforzar su aprendizaje, pero según la madre esto es porque la maestra es un poco dura y exigente, ya que estos problemas no los tenía Jordi en Educación Infantil. La maestra señala que las dificultades para interactuar con los demás son previas a los episodios encopréticos, señala que a pesar de hablar mucho no sigue bien una conversación, cambia de tema y contesta a cuestiones que no tienen que ver con lo que se le pregunta, le cuesta escuchar, seguir normas

y pautas, y no acostumbra a mirar al interlocutor. Según la madre, en clase no hay problemas con los compañeros, pero en la hora del recreo o de la comida queda muchas veces fuera de los grupos, existiendo veces que él dice que no quiere jugar con ellos. A raíz de los problemas con la caca se han empezado a reír de él, sobre todo cuando la maestra no está delante; lo llaman cagón y dicen no querer jugar con él porque huele mal.

Los padres describen al niño como torpe y cabezota y que se enfada mucho, sobre todo con su hermano. Sin embargo, antes era muy dócil, pero últimamente tiene malas reacciones. También lo describen como imaginativo, caprichoso con la comida, cariñoso, empático, dormilón y tranquilo. Es muy sentido, y le preocupa que lo rechacen. Sus pasatiempos favoritos son cantar y la artesanía, aunque también le gusta ir a natación.

Evaluación

Para la evaluación del niño se utilizó la entrevista, se registró durante una semana la conducta encoprética y se administraron varias pruebas psicológicas: WISC-IV, Balance psicomotor de Pick y Vayer, Test de Bender, SNAP-IV, CBCL y dibujo de la figura humana. Además, fue derivado al pediatra, quien constató que no existía ninguna causa orgánica para la encopresis.

Resultados

A continuación se presenta un resumen de los resultados obtenidos por Jordi en las pruebas que se le realizaron durante la evaluación (tabla 6.4).

TABLA 6.4
Resumen de los resultados obtenidos por Jordi en la evaluación

Prueba	Resultados
WISC-IV	— Comprensión verbal, CI = 91. — Razonamiento perceptivo, CI = 71. — Memoria de trabajo, CI = 75. — Velocidad de procesamiento, CI = 85. — CI Total = 75 (media 90-109).
Balance psicomotor de Pick y Vayer	— Coordinación manual, edad de desarrollo 4 años. — Coordinación dinámica general, edad de desarrollo 5 años. — Equilibrio, edad de desarrollo 4 años. — Organización espacial, edad de desarrollo 4 años. — Estructuración espacio-temporal (ritmo), edad de desarrollo 7 años. — Control del cuerpo, edad de desarrollo 5 años. — Lateralidad diestra, aunque ejecuta tareas de imitación con la izquierda. De ojo y pie diestro, de oreja zurdo.
Test de Bender	— Obtiene un percentil de 20, equivalente a una edad de desarrollo de 5 años. Comete abundantes errores de distorsión, integración y rotación en la copia de figuras.

SNAP-IV	— Inatención padres, puntuación 1,9 (punto de corte 1,78). — Hiperactividad padres, puntuación 1,4 (punto de corte 1,44). — Puntuación total padres, puntuación 1,65 (punto de corte 1,67). — Inatención maestra, puntuación 2,7 (punto de corte 2,56). — Hiperactividad maestra, puntuación 2,3 (punto de corte 1,78). — Puntuación total maestra, puntuación 2,5 (punto de corte 2,00).
CBCL	— Problemas afectivos, percentil 78. — Problemas de ansiedad, percentil 52. — Problemas somáticos, percentil 58. — Problemas de atención, percentil 70. — Problemas de oposición, percentil 62. — Problemas de conducta, percentil 70.
Dibujo de la figura humana	— Dibuja una figura muy simple, con las extremidades en una sola dimensión y omitiendo partes importantes.

Integración e interpretación de resultados

Los resultados obtenidos por Jordi indican que su inteligencia está por debajo de lo normal para su edad. En el mismo sentido, se observa un desarrollo psicomotriz inferior a su edad de desarrollo, y dificultades en el proceso de integración viso-motriz, con un pobre dibujo de la figura humana. La prueba de TDAH señala resultados dispares para los padres; según sus observaciones, el niño estaría justo en el límite, mientras que para la maestra superaría el punto de corte tanto para inatención como para hiperactividad. También destacan sus puntuaciones superiores en las escalas de problemas afectivos, de atención y de conducta del CBCL.

Diagnóstico

Se le diagnóstica de encopresis, ya que cumple los criterios y era la demanda principal de los padres. Además, esta problemática le ocasiona graves problemas secundarios (dificultades en sus relaciones sociales). Se decide no contemplar posibles diagnósticos comórbidos por varias razones: según las observaciones de la terapeuta no cumple todos los criterios de TDAH; además, tampoco se cree conveniente estigmatizar al niño ni reforzar la actitud de los padres de ver al niño como un problema. Si con la intervención Jordi no mejora en otras áreas, se revisará su posible diagnóstico.

Análisis del problema (figura 6.2).

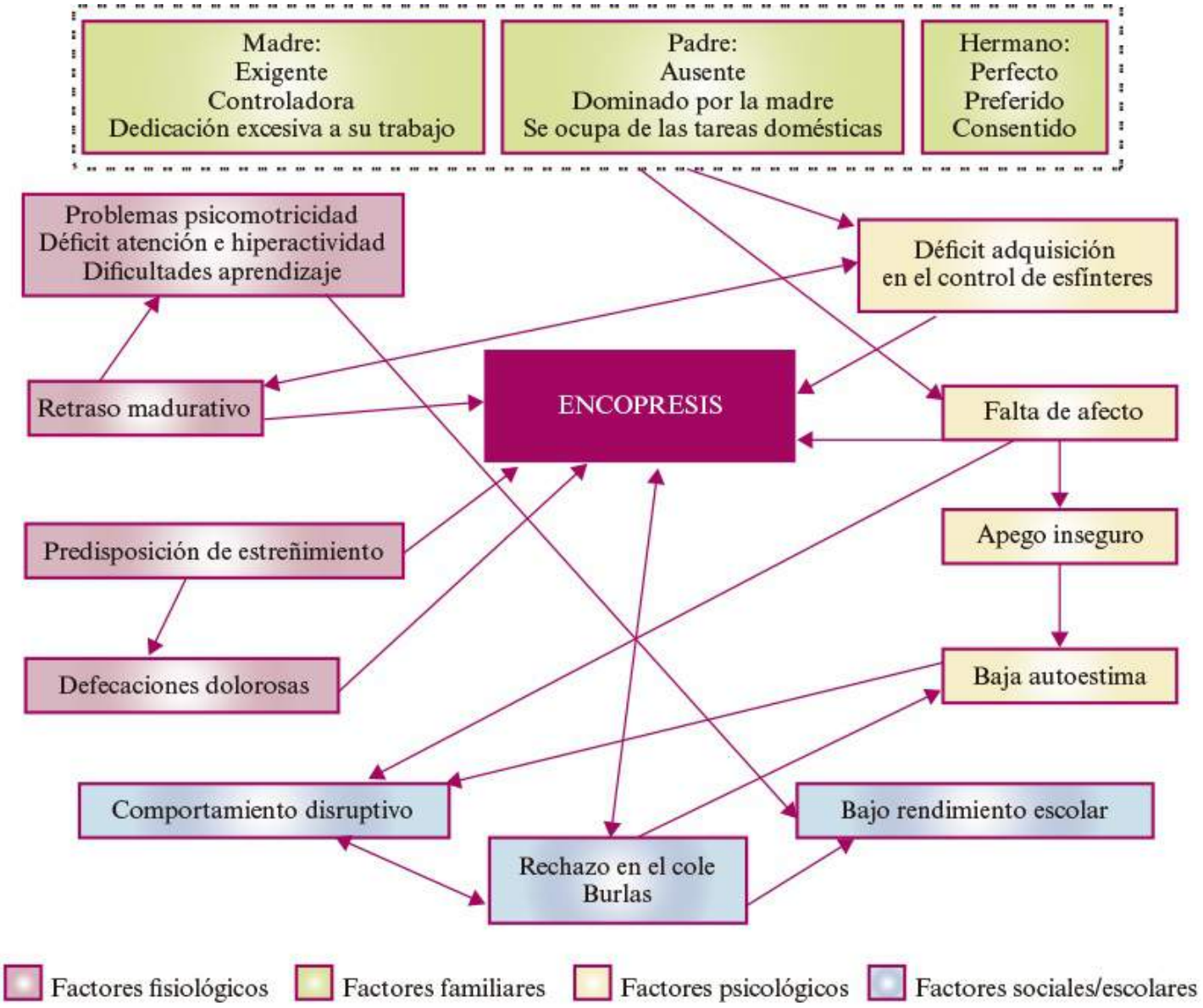


Figura 6.2.—Esquema resumen de las variables implicadas en el caso y su relación.

Propuesta de intervención

Los objetivos planteados para la intervención con Jordi fueron tres: superar la encopresis, mejorar las relaciones familiares y mejorar las relaciones con los compañeros del colegio. Como intervención principal se propone el tratamiento multicomponente para la encopresis, haciendo especial énfasis en el trabajo con los padres, para que se impliquen de forma positiva en el proceso. Al trabajar con los padres, se les hará hincapié en que presten atención a las necesidades emocionales de su hijo, que no lo comparen con su hermano y que le refuercen los comportamientos positivos no sólo del tratamiento, sino del día a día. Se les animará a hacer actividades en familia como premio ante la mejoría de la encopresis. Cuando se trabaje con Jordi en consulta se hará mediante el juego, ayudándole a integrar normas y pautas, se aprovechará para darle recursos y estrategias sobre cómo actuar frente a las burlas

de sus compañeros y se le animará a interactuar con ellos en los recreos; además, se le reforzará por todo aquello que haga bien. Con la intervención se espera que desaparezca la encopresis, pero también que mejoren sus relaciones familiares y sociales, al aumentar la autoestima del niño, darle recursos de afrontamiento y obtener la implicación de los padres. Se decide no actuar sobre los problemas psicomotrices y sobre el TDAH, porque se tiene en cuenta que el niño pasa cuatro horas semanales con una pedagoga en el colegio, y dos horas con una rehabilitadora (ambas intervenciones están produciendo mejoría).

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN (Descargar o imprimir)

1. ¿A qué edad puede el niño inhibirse y posponer la orina?

   a) A los 2 años.
   b) A los 2 años y medio.
   c) A los 4 años.
   d) A los 3 años.
   e) A los 3 años y medio.

2. ¿Cuál de los siguientes tratamientos se caracteriza por ser multicomponente?

   a) Entrenamiento en cama seca.
   b) Método de la alarma, para la enuresis.
   c) Entrenamiento en cama seca, para la enuresis.
   d) Entrenamiento en retención, para la enuresis.
   e) Entrenamiento en retención, para la encopresis.

3. Las heces escasamente estructuradas aparecen en:

   a) La enuresis nocturna.
   b) La encopresis nocturna.
   c) La encopresis con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento.
   d) La encopresis secundaria con estreñimiento.
   e) La encopresis sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento.

4. ¿Después de qué edad ya se podría comenzar un tratamiento para la encopresis?

   a) Después de los 4 años.
   b) Después de los 3 años.
   c) Después de los 7 años.
   d) Después de los 5 años.

e) Después de los 6 años.

5. La enuresis nocturna:

a) Depende de lo que el niño ha bebido antes de ir a la cama.
b) Ocurre en el primer tercio de la noche, ocasionalmente con el sueño REM.
c) Ocurre en el segundo tercio de la noche, coincidiendo con el sueño REM.
d) Ocurre en el primer tercio de la noche, coincidiendo con el sueño REM.
e) Tiene una probabilidad mayor de aparición en el segundo tercio de la noche.

Respuestas correctas

1	2	3	4	5
d)	*a*)	*c*)	*a*)	*b*)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles.* Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.

Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR).* Barcelona: Masson, S. A. (orig., Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000).

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*; DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Azrin, N. H., Sneed, T. J. y Foxx, R. M. (1973). Dry bed: a rapid method of eliminating bedwetting (enuresis) of the retarded. *Behaviour Research and Terapy, 11*, 427-434.

Azrin, N. H., Sneed, T. J. y Foxx, R. M. (1974). Dry bed training: rapid elimination of childhood enuresis. *Behaviour Research and Therapy, 12*, 147-156.

Bragado, C. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la enuresis y encopresis. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia* (pp. 151-181). Madrid: Pirámide.

Boles, R., Roberts, M. y Vernberg, E. (2010). Treating non-retentive encopresis with rewarded scheduled toilet visits. *Behavior analysis in practice, 1*(2), 68-72.

Bragado, C. (2009). *Enuresis nocturna. Tratamientos eficaces.* Madrid: Pirámide.

Bragado, C. (2014). Enuresis y encopresis. En L. Ezpeleta y J. Toro (eds.), *Psicopatología del desarrollo* (pp. 141-168). Madrid: Pirámide.

Brown, M. L., Pope, A. W. y Brown, E. J. (2010). Treatment of primary nocturnal enuresis in children: a review. *Child: care, health and development, 37*(2), 153-160.

Butler, R. J. (2004). Childhood noctural enuresis: Developing a conceptual framework. *Clinical Psychology Review, 24*, 909-931.

Butler, R. J., Brewin, C. R. y Forsythe, W. I. (1986). A comparison of two approaches to the treatment of nocturnal enuresis and the prediction of effectiveness using pre-treatment variables. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 29*, 501-509.

Comeche, M. I. (2012). Trastornos de la eliminación: enuresis y encopresis. En M. I. Comeche y M. A. Vallejo, *Manual de terapia de conducta en la infancia* (pp. 341-358). Madrid: Dykinson.

Cox, D., Morris, J., Borowitz, S. y Sutphen, J. (2002). Psychological differences between children with and without chronic encopresis. *Journal of pediatric psychology, 27*(7), 585-591.

Esposito, M., Gimigliano, F., Ruberto, M., Marotta, R., Gallai, B., Parisi, L., Lavano, S. M., Mazzotta, G., Roccella, M. y

Carotenuto, M. (2013). Psychomotor approach in children affected by nonretentive fecal soiling (FNRFS): a new rehabilitative purpose. *Neuropsychiatric disease and treatment, 9*, 433-441.
Faruk, O., Aysev, A. y Öker, I. (2011). Familial features and comorbid psychiatric disorders in children with encopresis. *Bulletin of clinical psychopharmacology, 21*(4), 345-352.
Hernández, P. (2009). *Test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil (TAMAI)*. Madrid: TEA.
Houts, A. C. (2003). Behavioral treatment for enuresis. En A. E. Kazdin y J. R. Weisz (eds.), *Evidence based psychoterapies for children and adolescents* (pp. 389-406).
Kimmel, H. D. y Kimmel, E. (1970). An instrumental conditioning method for the treatment for enuresis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1*, 121-123.
Kushnir, J., Kushnir, B. y Sadeh, A. (2013). Children treated for nocturnal enuresis: characteristics and trends over a 15-year period. *Child youth are forum, 42*, 119-129.
Martorell, M. C. y Gómez, O. (1998).Control de esfínteres: enuresis y encopresis. En R. González (ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 109-124). Madrid: Pirámide.
Montoya-Castillo, I. y Gómez, O. (2014). Competencia emocional en los padres y su relación con el bienestar en la infancia. En R. González y L. Villanueva, *Recursos para educar en emociones. De la teoría a la acción*. Madrid: Pirámide.
Morgan, R. T. T. y Young, G. C. (1975). Parental attitudes and the conditioning treatment of childhood enuresis. *Behaviour Research and Therapy, 13*, 197-199.
Mowrer, H. O. y Mowrer, M. W. (1938). Enuresis: a method for its study an treatment. *American Journal of Orthopsychiatry, 8*, 436-459.
Olvera, G. y Lucio, E. (2014). Enuresis y encopresis: tratamiento a través de la psicoterapia de juego. En E. Lucio y M. C. Heredia y Ancona, *Psicopatología: riesgo y tratamiento de los problemas infantiles*, (pp. 95-120). México: El manual moderno.
Ordóñez, A., Maganto, C. y González, R. (2015). Quejas somáticas, conciencia emocional e inadaptación en población escolar. *Anales de Pediatría, 82*(5), 308-315.
Schulz-Juergensen, S., Bolte, L., Gebhardt, J. y Eggert, P. (2013). Intensive playing leads to non-monosymptomatic enuresis in children with low prepulse inhibition. *Acta paediatrica, 102*, 79-83.
van Dommelen, P., Kamphuis, M., van Leerdam, F., de Wilde, J., Rijpstra, A., Campagne, A. y Verkerk, P. (2009). *The journal of pediatrics*, 662-666.
van Londen, A., van Londen-Barentsen, M W. M., van Son, M. J. M. y Mulder, G. A. L. (1993). Arousal training for children suffering from nocturnal enuresis: a 2 ½ year follow-up. *Behaviour Research and Therapy, 31*, 613-615.
Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (2013). *Abnormal child and adolescent psychology* (8th ed.). Ámsterdam: Pearson.
Wright, A. (2008). Evidence-based assessment and management of childhood enuresis. *Pediatrics and child health, 18*(12), 561-567.

7

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

ANA MIRANDA CASAS
M.ª JESÚS PRESENTACIÓN HERRERO
JESSICA MERCADER RUIZ
CARMEN BERENGUER FORNER

OBJETIVOS DEL CAPÍTULO

Este capítulo pretende acercar al conocimiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en la infancia y la adolescencia. Más concretamente, contiene información para que el lector sea capaz de conocer las bases neuropsicológicas y ambientales del TDAH, así como describir el proceso evolutivo de los niños con TDAH.

Respecto a la evaluación, se pretende que el lector sea capaz de conocer instrumentos y procedimientos para detectar, evaluar y diagnosticar las diferentes presentaciones en la población infantil y adolescente.

Por último, en cuanto al tratamiento, se contemplan como objetivos del presente capítulo comprender la importancia de los contextos en la prevención y el tratamiento de este trastorno, conocer los diferentes modelos, procedimientos y programas de prevención e intervención en TDAH, y fomentar la capacidad para diseñar y desarrollar intervenciones para niños con TDAH.

1. INTRODUCCIÓN TEÓRICA

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno frecuente y persistente caracterizado por síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad (American Psychiatric Association, APA, 2013), que posee numerosas consecuencias personales, sociales y económicas negativas a medio y largo plazo. El trastorno es especialmente relevante en la sociedad actual, ya que es uno de los diagnósticos más comunes en entornos de salud mental infanto-juvenil.

1.1. Aspectos epidemiológicos

Pese a que existe cierta variabilidad en las tasas de prevalencia, fuentes poblacionales sugieren que el TDAH afecta a alrededor del 5 por 100 de la población infantil y adolescente en la mayoría de las culturas (APA, 2013). Un reciente meta-análisis resalta como causas de las variaciones en la epidemiología del TDAH variables como las diferencias en los criterios diagnósticos, la fuente de información, la aplicación del requisito de afectación clínica en el diagnóstico y la localización geográfica. En el caso de España, se ha estimado que el TDAH afecta a alrededor del 6,8 por 100 de personas menores de 18 años (Catalá-López, Peiró, Ridao, Sanfélix-Gimeno, Génova-Maleras y Catalá, 2012).

En cuanto al género, según fuentes poblacionales se trata de un trastorno más frecuente en varones, con una ratio de 2:1 en niños y adolescentes. Diferentes investigaciones apuntan que las mujeres poseen mayor tendencia a manifestar una presentación típica de inatención en comparación con los hombres.

1.2. Características del trastorno según la edad

Existen diferentes estudios que ratifican el carácter crónico del trastorno (Lara et al., 2009), si bien es cierto que se destacan matices en su manifestaciones en función de la etapa de desarrollo que se trate (véase tabla 7.1). Durante todo su desarrollo, los sujetos con TDAH presentan disfunciones neuropsicológicas que, junto a las manifestaciones conductuales, producen un impacto negativo generalizado en distintas áreas. A grandes rasgos, se evidencia una mayor expresión de conductas hiperactivas durante los primeros años, y una mayor presencia de los síntomas de inatención y desorganización conductual en etapas posteriores del desarrollo.

TABLA 7.1
Principales manifestaciones del TDAH a lo largo del curso evolutivo

Primera infancia (0-3)	**Etapa preescolar (3-5)**
— Mayores complicaciones post-natales. — Mayor incidencia de patologías crónicas (por ejemplo, asma, alergias). — Menor desarrollo neuropsicológico. — Nivel de actividad anormal. — Respuesta exagerada ante la estimulación. — Falta de regulación emocional. — Menor funcionamiento cognitivo. — Irritabilidad. — Dificultad de adaptación a rutinas. — Problemas de sueño (patrones irregulares de respiración y ritmo cardíaco).	— Conducta hiperactiva. — Falta de equilibrio y coordinación. — Primeros síntomas de falta de inhibición conductual. — Menor capacidad de memoria de trabajo y vigilancia. — Menor planificación. — Menor flexibilidad para cambiar el foco de atención. — Retraso en el desarrollo y la internalización del lenguaje. — Posibles problemas del habla. — Menor comprensión de historias (relaciones causa-efecto). — Dificultades para demorar la gratificación (posible conducta agresiva). — Problemas para establecer y mantener relaciones sociales (juego).
Etapa infantil (6-12)	**Adolescencia (13-17)**
— Persistencia de la conducta hiperactiva y la falta de inhibición. — Déficits atencionales. — Dificultades en lenguaje expresivo, comprensivo y pragmático. — Menor rendimiento académico. — Escasa implicación en las tareas. — Posibilidad de dificultades específicas de aprendizaje. — Menor desarrollo visomotor. — Posibles retrasos en el crecimiento físico. — Persistencia de déficits motores. — Conducta social negativa. — Menores habilidades de relación. — Problemas emocionales (autoconcepto, autoestima).	— Perdida de intensidad de conducta hiperactiva (sensación de inquietud). — Alteraciones en atención sostenida, planificación, organización, inhibición de respuesta o memoria verbal. — Déficit en funciones cognitivas no ejecutivas. — Interiorización de la experiencia de fracaso académico. — Niveles más altos de estrés emocional y social (trastornos internalizantes). — Autoconcepto distorsionado. — Conducta antisocial. — Mayor probabilidad de conductas de riesgo.

Una de las características más notorias del TDAH a través de todo el ciclo vital es la frecuente asociación que presenta con otros trastornos (Spencer, Biederman y Mick, 2007). Así, el análisis de los diversos síntomas que se presentan en el TDAH sugiere que la forma de presentación menos extendida es la que se limita a las manifestaciones propias del trastorno. Entre los problemas comúnmente asociados en la infancia destacan el trastorno negativista-desafiante (27-65 por 100), el trastorno disocial (7-18 por 100), los trastornos de ansiedad (15-50 por 100), la depresión (5-35 por 100), las dificultades de aprendizaje (24-70 por 100), la labilidad emocional (50 por 100) y los problemas en las relaciones sociales (50 por 100). En la adolescencia la investigación pone de manifiesto que las tasas de comorbilidad son más altas que las de niños en edad escolar con TDAH (Huh et al., 2011), y suelen aparecer otros problemas incluso más serios, como altas tasas de delincuencia, comportamientos sexuales de riesgo o el abuso de sustancias.

Las elevadas tasas de comorbilidad podrían ser consecuencia de una alteración básica de las funciones ejecutivas, síntoma característico del TDAH que se manifiesta en dificultades para la autorregulación de la conducta, provocando expresiones sintomáticas y cursos clínicos diversos en función de otros factores orgánicos o ambientales. Es un asunto preocupante para el clínico, ya que los niños con TDAH con más de un trastorno comórbido se diferencian significativamente en sentido negativo de los que no presentan comorbilidad en la mayoría de los indicadores de la calidad de vida: salud física, salud mental, autoestima, impacto sobre los padres y limitaciones en la vida de la familia.

1.3. Modelos explicativos y etiología

Numerosos investigadores han descrito una gran variedad de factores causales del TDAH, aunque son escasos los trabajos que analizan las interacciones entre todos ellos. La hipótesis actual dominante incluye un modelo transaccional con contribuciones genéticas, neurobiológicas y ambientales.

En cuanto a los factores genéticos, estudios recientes de genética molecular han identificado la frecuente alteración de determinados genes en el TDAH. Hasta la fecha, se han propuesto hasta 180 genes candidatos, de los cuales más de la mitad se han asociado significativamente con el TDAH en al menos un estudio. Pese a que se ofrecen resultados inconsistentes en el grado de asociación, existen determinados sistemas que han obtenido una fuerte evidencia —como los genes DRD1, DAT1, DRD4, DRD5, 5HTT, HTR1B, y SNAP25 — relacionados con el TDAH en la infancia (Li, Chang, Zhang, Gao y Wang, 2014). En esta línea, estudios familiares confirman la heredabilidad del trastorno, con cifras que oscilan entre el 60 y el 80 por 100 (Neale et al., 2010). Las investigaciones con gemelos monocigóticos y dicigóticos corroboran que el TDAH se transmite genéticamente (Ramos-Quiroga, Ribasés-Haro, Bosch-Munsó, Cormand-Rifà y Casas, 2007). También desde el campo de la neurociencia se ha puesto de manifiesto que los sujetos con TDAH presentan afectaciones en diferentes áreas cerebrales, tales como el córtex prefrontal, los ganglios basales (núcleo caudado, putamen y globo pálido), el cuerpo calloso y/o el cerebelo, entre otras (Sharma y Couture, 2014).

En esta línea, se han desarrollado diferentes modelos teóricos que tratan de explicar el funcionamiento de los sujetos que manifiestan TDAH. Según Artigas (2009), encontramos modelos de déficit único, en los que se presupone que la baja eficiencia de un mecanismo cognitivo básico puede, por sí misma, explicar las manifestaciones ligadas al TDAH, y modelos de déficit múltiple, que implican la interacción de varios aspectos neuropsicológicos sin un origen único, tratando así de dar respuesta a la ausencia de disfunciones ejecutivas en determinados pacientes con TDAH (van Hulst, de Zeeuw y Durston, 2014).

Dentro de las teorías de déficit único encontramos el *modelo de inhibición* (Barkley, 1997), el cual basa la explicación del TDAH en un déficit en la inhibición conductual que

incide de forma negativa en cuatro funciones neuropsicológicas que dependen de ésta: la memoria operativa, la autorregulación de la motivación y del afecto, la internalización del lenguaje y la reconstitución. Estas cuatro funciones ejecutivas, a su vez, influyen en el sistema motor, que controla el comportamiento dirigido a metas. El *modelo de regulación del estado* (Sergeant, Oosterlaan y Van der Meere, 1999) también acepta la disfunción ejecutiva como aspecto nuclear del TDAH. Sin embargo, sustituye el déficit en el control inhibitorio por un déficit en la capacidad de regulación del esfuerzo y la motivación, que funcionan como mecanismos habilitadores o limitadores de las funciones ejecutivas. Por último, el *modelo de aversión a la demora* (Sonuga-Barke, Taylor, Sembi y Smith, 1992), basado en la tendencia a la gratificación inmediata que manifiestan los sujetos con TDAH, ha sugerido una propuesta alternativa, adquiriendo relevancia a medida que han surgido trabajos empíricos que ponen de manifiesto que la disfunción ejecutiva no es una condición necesaria ni suficiente para el diagnóstico de TDAH (van Hulst et al., 2014).

En lo referente a los modelos duales o de déficit múltiple, el *modelo cognitivo/energético* (Sergeant, 2005) se basa en la falta de eficiencia en el procesamiento de la información, determinada por la interacción entre tres niveles de procesamiento: nivel computacional de los mecanismos atencionales (codificación, búsqueda/decisión y organización motora), nivel del estado (mecanismos de energía agrupados en nivel de *arousal*, esfuerzo y activación) y nivel de gestión/funcionamiento ejecutivo (capacidad para planificar, monitorizar, detectar y corregir errores). Por otra parte, encontramos el *modelo dual de Sonuga-Barke* (2002), el cual se sustenta en la co-ocurrencia de dos déficit de naturaleza distinta: alteraciones en los circuitos de recompensa, que motiva que no sea detectada la señal de recompensa retardada, y un déficit ejecutivo en la capacidad de control inhibitorio.

Por otra parte, la importancia de los factores ambientales en el TDAH se deriva de su papel en el desarrollo y en la perpetuación de los síntomas en el tiempo. Los efectos genéticos no explican la génesis del TDAH, sino la predisposición a padecerlo, produciéndose interacciones complejas de factores biológicos y culturales en la expresión del trastorno. Así, mientras que los efectos genéticos se han identificado como un factor de riesgo en los primeros años, los efectos ambientales adversos empiezan tener un mayor peso en la etapa escolar y se van acumulando durante el desarrollo posterior, pudiendo alterar la presentación del trastorno a lo largo del curso evolutivo (Cherkasova, Sulla, Dalena, Pondé y Hechtman, 2013).

Dentro de estos factores ambientales de riesgo existe una asociación positiva entre el TDAH y discordias maritales severas, clase social baja, criminalidad paterna y trastorno mental materno. En esta línea, se ha señalado una mayor prevalencia del trastorno en los medios urbanos desfavorecidos. Los ambientes de pobreza, malnutrición, exclusión social, malos cuidados pre y postnatales, problemática familiar, incluido consumo de alcohol y drogas durante el embarazo y violencia en el hogar, favorecen la aparición de los síntomas y contribuyen a su desarrollo y perpetuación. Del mismo modo, un medio escolar desorganizado o desestructurado provoca un deterioro de la conducta del niño y un mayor fracaso escolar.

Un aspecto relacionado con los factores ambientales de riesgo que ha recibido especial atención, por su importancia para el desarrollo desde edades tempranas, son las dinámicas familiares. En general, los estudios realizados sobre familias de niños con TDAH han determinado un estilo parental más intrusivo, controlador y crítico que en las familias con hijos que no tienen el trastorno. Así, la desorganización del niño puede llevar a los padres a una desconfianza en su capacidad, generando en éstos estrés, aislamiento social, sentimiento de culpa y depresión. Ello repercutirá en el propio niño, en su desarrollo emocional y en su autoestima, creándose un círculo de interacciones negativas y sentimientos de fracaso que perpetuarán las dificultades familiares y las manifestaciones sintomáticas del TDAH.

Por otra parte, aunque no se ha establecido una relación causal entre los modos de vida y el TDAH, el modelo de la sociedad actual, caracterizado por la «infointoxicación», podría estar contribuyendo a generar una mayor disfuncionalidad del TDAH. El carácter marcadamente materialista de la sociedad de consumo y, específicamente, la proliferación de modelos que favorecen refuerzos externos inmediatos, ofrecen pocas oportunidades para favorecer y entrenar la atención sostenida, la cultura del esfuerzo, la demora de las recompensas y el desarrollo de estrategias reflexivas y de autocontrol. Todos estos factores resaltan la importancia de la detección temprana de influencias ambientales intervinientes y la planificación de intervenciones que tengan en cuenta estas influencias, dado su carácter crucial en la severidad de los síntomas y problemas asociados.

2. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Para realizar la identificación y el diagnóstico de TDAH correctamente en la infancia es necesario partir de un enfoque interdisciplinar y comprensivo, que debe centrarse especialmente en las informaciones aportadas por las personas significativas del niño e incluir valoraciones neuropsicológicas. La evaluación deberá proporcionar información útil sobre la sintomatología básica, pasada y presente, y sobre los problemas que suelen aparecer asociados, complementándose con un análisis profundo de los contextos de desarrollo.

2.1. Áreas a evaluar

Evaluación de las manifestaciones conductuales del TDAH. La información aportada por las personas más próximas al niño sobre la *historia clínica del trastorno* es fundamental para comprender las dificultades del niño y actuar en consecuencia. Las entrevistas semiestructuradas con padres permiten obtener información detallada sobre el desarrollo del problema, la historia de sucesos estresantes o gratificantes para el niño, las relaciones y tensiones familiares y los diferentes procedimientos de disciplina aplicados. En el mismo sentido, es imprescindible mantener entrevistas con los profesores para obtener un cuadro lo más descriptivo posible del desarrollo del niño/a en la escuela.

Los padres y los maestros, así como otros profesionales y personas próximas al niño, pueden también proporcionar valoraciones comportamentales de la *sintomatología básica del TDAH* mediante entrevistas o cumplimentando cuestionarios en los que se recojan los criterios diagnósticos del TDAH descritos en el DSM (cuestionario adaptado del DSM-5). Es importante hacer hincapié en que para un diagnóstico positivo debe contrastarse una mayor frecuencia, duración e intensidad de las conductas analizadas en relación a los niños del mismo nivel evolutivo. También las escalas de *variación situacional de la conducta* evalúan la persistencia y la gravedad de los síntomas del TDAH en distintos contextos y situaciones. Los cuestionarios de situaciones en la escuela y en el hogar de Barkley (2006) son las escalas más utilizadas. Ofrecen información sobre las situaciones en las que las conductas típicas del TDAH suscitan más problemas en ambos contextos y ayudan a comprender qué comportamientos de padres y profesores minimizan e intensifican el impacto negativo de los problemas de los niños.

Dado que el TDAH no cursa casi nunca en estado puro, la evaluación debería incluir la *sintomatología asociada,* que suele condicionar en gran manera los resultados a corto y largo plazo. Especialmente utilizadas para obtener información sobre la sintomatología TDAH, y también de algunos problemas asociados, son las escalas de Conners. En su tercera edición (Conners, 2008) constituyen instrumentos muy útiles para recoger las observaciones de los padres y los profesores sobre aspectos cognitivos, emocionales y conductuales de sus hijos/estudiantes con escalas de TDAH y también de los problemas de comorbilidad más comunes en niños de 6 a 18 años (problemas de aprendizaje, funcionamiento ejecutivo, agresividad, relaciones con los pares y relaciones familiares). Como las anteriores ediciones, hay dos formas de cada escala de Conners, completa y abreviada, e incluyen también un formato de autoinforme para el propio niño.

Otro instrumento comprensivo ampliamente utilizado para evaluar la conducta de niños y adolescentes en general que puede ser de gran utilidad en la evaluación de sujetos con TDAH es el sistema de evaluación para niños y adolescentes BASC (Reynolds y Kamphaus, 1992). El BASC mide numerosos aspectos del comportamiento y de la personalidad, incluyendo dimensiones tanto adaptativas como patológicas. Entre las primeras, evalúa adaptabilidad (temperamento), habilidades sociales, liderazgo y habilidades para el estudio. Entre las segundas, aporta datos sobre hiperactividad, agresividad, problemas de conducta, problemas de atención, problemas de aprendizaje, atipicidad, retraimiento, depresión, ansiedad y somatización. Como dimensiones globales permite calcular cinco valores: exteriorizar problemas, interiorizar problemas, problemas escolares, habilidades adaptativas y un índice de síntomas comportamentales. El BASC comprende tres niveles que se corresponden con las etapas de infantil (3-6 años), primaria (6-12 años) y secundaria, formación profesional y bachillerato (12-18 años). Incluye cuestionarios para tutores y padres, así como un autoinforme para los propios niños/adolescentes (para los niveles 2 y 3). Se completa con un documento para recoger información sobre la historia estructurada del desarrollo (anamnesis) y un registro de observación. Todos estos componentes pueden ser utilizados de forma aislada

o en conjunto, según las necesidades.

Los *registros de observación del comportamiento* de los niños en los contextos naturales, además de para confirmar un diagnóstico de TDAH y conocer las variaciones situacionales y temporales en los síntomas básicos y asociados del TDAH, ofrecen datos especialmente precisos de cara a diseñar intervenciones. La elección del tipo de registro dependerá de la disponibilidad del observador y de las características de la conducta a observar. La BASC incluye también un registro observacional.

El proceso de evaluación debería incluir igualmente información sobre el desempeño académico. Esto implica desde datos sobre el aprendizaje curricular, a través de revisión de los trabajos y los informes proporcionados por los profesores, como en los casos más severos la aplicación de pruebas estandarizadas para la detección de dificultades específicas de aprendizaje y/o lenguaje: prueba de lenguaje oral de Navarra-revisada (PLON-R; Aguinaga, Armentia, Fraile, Olangua y Uriz, 2005), test de vocabulario en imágenes Peabody (Dunn, Dunn y Arribas, 1986), nivel actual de competencias (NAC-ACS; Saborit, Julián y Vaquer, 2002), batería de evaluación de los procesos lectores-revisada (PROLEC-R; Cuetos, Rodríguez, Ruano y Arribas, 2007), test para el diagnóstico de las competencias básicas en matemáticas (TEDI-MATH; Grégoire, Noël y Van Nieuwenhoven, 2005), test de competencia matemática básica (TEMA-3; Ginsburg y Baroody, 2003), etc.

Por último, esta exploración conductual debe abarcar también, mediante observación directa, cuestionarios y entrevistas semiestructuradas, e información sobre los *contextos de desarrollo* del niño. En primer lugar, es importante conocer aquellos aspectos del contexto familiar que pueden modular el efecto de la intervención. Como ya ha sido expuesto, hay factores familiares, tales como las psicopatologías paternas, el estrés familiar, los conflictos entre sus miembros, las practicas disciplinares inadecuadas, etc., que incrementan el riesgo de los niños a padecer problemas de conducta o de aprendizaje y entorpecer el éxito de las intervenciones. También deben conocerse los factores de resiliencia, como el clima afectivo en la familia. Un instrumento muy útil para conocer la realidad de diferentes áreas de funcionamiento familiar de niños con TDAH (relaciones, el grado de comunicación, procesos de desarrollo dentro de la familia, o la estabilidad en estructura y organización familiar) es la escala de clima social de la familia (Moos, Moos y Trickett, 1987). En el contexto escolar, el análisis profundo de los participantes (profesores, compañeros, educadores), las rutinas, los objetivos, la metodología, los materiales, las adaptaciones realizadas, etc., permitirá también conocer cuáles son los aspectos que pueden favorecer y entorpecer el aprendizaje y la integración del niño. Esta información permitirá crear el mejor ambiente posible de aprendizaje en el aula y en el hogar, y planificar estrategias de formación y asesoramiento para padres, profesores y otros allegados al niño.

Evaluación de las manifestaciones neuropsicológicas del TDAH. Desde la neurología, distintas técnicas están aportando valiosos resultados para un mejor conocimiento de los orígenes y las manifestaciones de este trastorno. Entre éstas destacan las técnicas de neuroimagen, el electroencefalograma computarizado y los potenciales evocados cognitivos.

Estos últimos son los más utilizados en la práctica clínica con TDAH, y se caracterizan en estos sujetos por una respuesta electrofisiológica ante tareas de atención de menor amplitud y mayor latencia en el componente P300, que mejora con la medicación. No parece diferenciar, sin embargo, entre presentaciones de TDAH (Roca, 2014).

También los test neuropsicológicos de evaluación del funcionamiento ejecutivo están aportando información valiosa para la comprensión de la complejidad del TDAH y el diseño de programas de intervención. Existen pruebas para evaluar los diferentes componentes de funcionamiento ejecutivo que suelen estar afectados en los niños con TDAH: *atención* (tarea de atención sostenida para niños CSAT de Cervera y Llabrés, 2004); *control inhibitorio* (test Stroop de colores y palabras de Golden, 1994; test de emparejamiento de figuras familiares MFFT, Kagan, 1966); *memoria de trabajo* (subpruebas de letras y números, dígitos y aritmética del WISC-IV o el TOMAL, de Reynolds y Bigler, 2004); *planificación* (figura compleja de Rey, 1994; torre de Londres de Shallice, 1982); o *flexibilidad cognitiva* (test de clasificación de cartas de Wisconsin, WSCT, de Heaton, Chelune, Talley, Kay y Curtiss, 1993). Una descripción detallada de estas pruebas puede verse en García, Soriano y Roselló (2011).

En la práctica clínica infantil destaca la utilidad de la batería neuropsicologica NEPSY-II, recientemente publicada con baremos españoles (Korkman, Kirk y Kemp, 2014). Esta batería ha sido diseñada para evaluar el desarrollo neuropsicológico de niños de 3 a 16 años con el objetivo de identificar déficits cognitivos que se relacionan con los trastornos que típicamente se diagnostican en la infancia. Contiene un total de 32 subpruebas divididas en seis dominios que se administran según la edad del sujeto y según el trastorno del desarrollo que sospeche el clínico. Aunque se puede aplicar también alguna subprueba del dominio de la memoria (como la subprueba de interferencia de listas de palabras, dirigida a valorar la memoria a corto plazo y de trabajo verbal), en la evaluación de sujetos con sospecha clínica de TDAH es recomendable aplicar el bloque completo, que incluye las 6 subpruebas que valoran las funciones ejecutivas y atención. 1) La subprueba de atención auditiva y flexibilidad cognitiva incluye dos tareas. La primera está destinada a valorar la atención selectiva auditiva y la habilidad para mantenerla. La segunda permite evaluar la habilidad para cambiar y mantener un nuevo patrón de respuestas en el que intervienen la inhibición de respuestas previamente aprendidas. 2) El subtest de clasificación de animales está diseñado para evaluar la habilidad para formular conceptos básicos y para transferir estos conceptos en una acción (clasificar en categorías), y la capacidad para cambiar el foco de atención de un concepto a otro. 3) La subprueba de fluidez de diseños está diseñada para evaluar la productividad de las habilidades del niño para generar tantos diseños únicos como posibles por la conexión de 5 puntos o motas, que se presentan en dos matrices: estructurada o aleatoria. 4) En la subprueba de relojes se evalúan la planificación y organización, destrezas viso-perceptivas y viso-espaciales, y el concepto del tiempo en relación a relojes analógicos. 5) El subtest cronometrado de inhibición trata de evaluar la habilidad para inhibir respuestas automáticas a favor de nuevas respuestas y la habilidad para cambiar entre tipos de respuesta. 6) Por último,

encontramos en este bloque la subprueba de estatua, que evalúa las capacidades de persistencia e inhibición motora.

El funcionamiento ejecutivo puede ser también evaluado a través de la información proporcionada por padres y profesores. Entre los instrumentos de evaluación ecológica del funcionamiento ejecutivo destaca el cuestionario BRIEF, con versiones para preescolares y niños/adolescentes. Este último, el Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF; Gioia et al., 2000, que está en preparación en TEA), es un cuestionario para padres y maestros de niños y adolescentes (5-18 años) que consta de 86 ítems agrupados en 8 escalas: inhibición, cambio, control emocional, iniciativa, memoria de trabajo, planificación/organización, organización de materiales y monitoreo. Estas escalas, a su vez, se agrupan en dos índices: las tres primeras constituyen el índice de regulación comportamental y el resto el de metacognición. La suma de ambos índices se integra en una puntuación de funcionamiento ejecutivo total de la escala.

2.2. Diagnóstico diferencial

Un primer paso en el diagnóstico diferencial de un TDAH consistirá en comprobar si existe una condición médica que puede estar provocando la sintomatología típica del trastorno. Destacan en particular el hipo/hipertiroidismo, la anemia severa, las enfermedades crónicas (sobre todo alergias o asma) y la disfunción visual o auditiva.

Otra cuestión esencial para asignar un diagnóstico correcto consiste en excluir en el proceso de evaluación otras psicopatologías que puedan estar mimetizando los síntomas del TDAH. No es una tarea fácil, ya que el TDAH suele tener asociados otros trastornos, entre los que destacan el trastorno de espectro autista, el trastorno oposicionista desafiante, el trastorno de conducta, el trastorno de ansiedad, la depresión mayor y las dificultades específicas de aprendizaje. El clínico tendrá que determinar si se trata de un caso real de TDAH, si la sintomatología es mejor explicada por otro trastorno, o bien se encuentra ante un caso de auténtica comorbilidad. Aunque sea difícil establecer la diferenciación, pasaremos a comentar algunas directrices que podrían ayudar en esta tarea.

TDAH y trastorno de espectro autista (TEA). Los criterios diagnósticos actuales de TEA y TDAH no muestran coincidencias. Así, las manifestaciones nucleares de TDAH incluyen falta de atención, impulsividad e hiperactividad, mientras que las dificultades en la interacción social, en la comunicación, la conducta estereotipada y la restricción de intereses son los síntomas propios del TEA. No obstante, muchas de las características nucleares del trastorno por déficit de atención con hiperactividad son componentes del autismo. Ciertamente, la obsesión por los objetos inanimados y los intereses idiosincráticos puede provocar la falta de atención hacia los estímulos sociales, y la hiperactividad puede presentarse en forma de estereotipias motoras, consecuencia de la ansiedad debida a hiperestimulación sensorial o social. Y, a la inversa, conductas características del TEA, como escasa empatía, pobres

habilidades sociales o dificultades pragmáticas, están presentes en el TDAH, derivadas directamente de los déficits en el control inhibitorio del impulso o en la memoria de trabajo.

No obstante, los dos trastornos muestran una cierta disociación en el perfil ejecutivo. Así, los niños con TDAH experimentan déficit notables en el control inhibitorio, mientras que los niños con TEA tienen problemas de especial gravedad en flexibilidad cognitiva y en planificación, conservando por lo general las competencias en inhibición. También en habilidades de mentalización se han delimitado algunas diferencias, de manera que los niños con TEA producen un menor número de términos, referidos a estados mentales, mientras que niños con TDAH no difieren de los niños con desarrollo típico en el uso del lenguaje de estados internos (Miranda-Casas, Baixauli-Fortea, Colomer-Diago y Roselló-Miranda, 2013).

TDAH y trastorno oposicionista-desafiante (TOD). El TDAH y el TOD constituyen dos trastornos con manifestaciones y distintas etiologías que responden a diferentes tipos de tratamiento. Igual que los niños con TDAH, los niños con TOD presentan conductas perturbadoras, pero, además, tienen manifestaciones de desafío, negativismo, hostilidad y desobediencia, especialmente a las figuras de autoridad como padres y profesores. Estos problemas, como resultados de la frustración, pueden afectar también a niños con TDAH, pero en estos casos los comportamientos hostiles son menos frecuentes y generalmente no son intencionados.

Actualmente el TDAH se considera como un trastorno neurobiológico. Por su parte, el TOD parece tener una fuerte asociación con factores de riesgo de naturaleza ambiental y estresores psicosociales. El ambiente importa en este caso, existiendo una alta probabilidad de que el niño desarrolle TOD si está expuesto a compañeros problemáticos o a violencia en los medios, en la escuela o en casa. Se ha comprobado que el estrés postraumático está asociado primariamente con TOD más que con TDAH en sí. Uno de los factores con mayor implicación en el TOD es la actuación inadecuada de padres que provocan inseguridad en el hijo y necesidad de control, que se manifiesta en una confrontación activa con la autoridad. El tratamiento psicosocial, por consiguiente, tiene que centrarse en marcar los límites mediante la aplicación consistente de estrategias de disciplina. En algunos casos el TOD es el prólogo del trastorno de conducta.

TDAH y trastorno de conducta (TC). Los niños con un trastorno de conducta violan los derechos básicos o las normas y reglas sociales que implican esencialmente conductas de agresividad hacia personas o animales, peleas, mentira, robo o absentismo escolar. Muestran escasa empatía y compasión hacia las otras personas, y es raro que sufran remordimientos por sus comportamientos destructivos. En el problema de conducta confluye la contribución de factores genéticos y ambientales. Un ambiente familiar desestructurado es especialmente peligroso en interacción con la vulnerabilidad heredada.

Algunos procesos del funcionamiento ejecutivo relacionados con la recompensa parecen estar asociados específicamente con el TC/TOD, pero no con los síntomas de TDAH. En este contexto, los test de funciones ejecutivas que valoran la motivación y la toma de decisiones arriesgadas pueden ser determinantes en la evaluación del trastorno de conducta antisocial y

ayudar decisivamente en el diagnóstico diferencial. Asimismo, la intervención en estos trastornos debería incluir técnicas motivacionales (p. ej., entrenamiento en solución de problemas, sopesando las ventajas y desventajas de conductas de naturaleza antisocial), así como estrategias de afrontamiento para manejar las conductas impulsivas.

TDAH y depresión mayor (DM). El síntoma central de la DM es la afectación del ánimo, el humor deprimido y la anhedonia. Suele empezar después de los 7 años y presentar un carácter episódico. Los niños con un trastorno depresivo, pero sin un TDAH, pueden presentar síntomas transitorios de escasa atención y concentración, fallos de memoria, impulsividad e inquietud. Pero varias características pueden ayudar a diferenciar entre ambos trastornos. Por ejemplo, las crisis típicas de desánimo de la DM que acarrean inatención son episódicas, transitorias, mientras que los problemas atencionales del TDAH son persistentes. Además, el ánimo deprimido es cualitativamente diferente de los fallos permanentes para mantener la concentración que son típicos del TDAH. Por último, la escasa concentración de la depresión es diferente de los problemas de organización y de la dificultad para mantener el esfuerzo, incluso cuando se está contento.

TDAH y ansiedad. La ansiedad es un estado negativo de elevada excitación que se produce en respuesta a una amenaza percibida, bien de naturaleza física, social, o bien relacionada con el rendimiento. Los trastornos de ansiedad son muy heterogéneos, incluyendo la fobia simple, la ansiedad generalizada o el trastorno obsesivo-compulsivo. El síntoma nuclear en todos los casos es la ansiedad y el miedo. Los signos de hiperactividad, si están presentes, tienen un comienzo agudo y suelen empezar después de los siete años.

Cuando exista una sospecha fundamentada de que los problemas de concentración, nerviosismo y escasa regulación de un niño están provocados por un trastorno de ansiedad y no por un TDAH habría que emprender dos acciones. En primer lugar se deberá recoger información sobre si existen otros signos del problema y, en particular, una historia familiar de trastorno de ansiedad. En segundo lugar, deberá comprobarse si el niño tiene síntomas de TDAH, que no son típicos de ansiedad, entre los que destacan comportamientos de búsqueda de estimulación, escasa inhibición o dificultad de organización y de manejo del tiempo.

Dificultades específicas de aprendizaje (DEA) y TDAH. El TDAH y las DEA comparten manifestaciones y a menudo presentan síntomas bastante similares. Así, los niños con dificultades en lectura, escritura o matemáticas pueden experimentar problemas para mantener la atención debido a un conocimiento escaso de los procedimientos para realizar las tareas que les resultan demasiado difíciles. Además, pueden mostrarse muy distraídos ante estímulos externos, pero los problemas de atención serían secundarios a su problema primario de aprendizaje. A su vez, los niños con TDAH, incluso sin una DEA, pueden tener dificultades para lograr un rendimiento adecuado por la incompetencia en seguir instrucciones, prestar atención en clase o concentrarse en las tareas. Solamente realizando una evaluación comprensiva y global que incluya test dirigidos a analizar el rendimiento en los aprendizajes instrumentales, podrá obtenerse el conocimiento que ayude a tomar una decisión al respecto.

2.3. Criterios del DSM-5

Como ha sido apuntado, la última versión de este sistema clasificatorio (DSM-5; APA, 2013) ha pasado a incluir el TDAH en la nueva categoría de «trastornos del neurodesarrollo», junto con los trastornos del desarrollo intelectual, los trastornos de la comunicación, el TEA, los trastornos específicos del aprendizaje y los trastornos de las habilidades motoras. El TDAH se ve así separado en esta edición del TOD y el TC, ahora clasificados como «trastornos perturbadores, del control de impulsos y de la conducta».

Los criterios diagnósticos del DSM-5 para el TDAH son exactamente los mismos que en el DSM-IV-TR (APA, 2002), aunque en la última versión se incluyen nuevos ejemplos adaptados a los diferentes grupos de población (niños, adolescentes y adultos). Como cambio destacable, en esta última versión es necesario también aludir a los criterios de edad. Para menores de 17 años se mantiene la necesidad de cumplir 6 síntomas de inatención y/o 6 de hiperactividad/impulsividad, pero para mayores de 17 años basta a partir de ahora con 5 síntomas. En resumen, el DSM-5 describe el trastorno como un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, durante al menos 6 meses, en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo (véase tabla 7.2). Los síntomas no deben ser sólo una manifestación de un comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones.

TABLA 7.2
Listado de síntomas de TDAH recogidos en el DSM-5

Criterios diagnósticos de TDAH (DSM-5, 2013)

1. Inatención:

a) Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles, o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión, etc.).
b) Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
c) Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
d) Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
e) Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos, etc.).
f) Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo, tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos, etc.).
g) Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).
h) Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
i) Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas o diligencias; en adolescentes mayores y

adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas o acudir a las citas).

2. Hiperactividad e impulsividad:

a) Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
b) Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
c) Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (*Nota:* en adolescentes o adultos puede limitarse a estar inquieto.)
d) Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
e) Con frecuencia está «ocupado», actuando como si «lo impulsara un motor» (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
f) Con frecuencia habla excesivamente.
g) Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros, o no respeta el turno de conversación).
h) Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera en una cola).
i) Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

Los síntomas deben estar presentes antes de los 12 años (en el DSM-IV-TR eran 7), presentarse en dos o más ambientes y provocar un serio deterioro de la actividad social, académica o laboral. Además, no deben aparecer exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no deben explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental. Por primera vez, con los nuevos criterios DSM-5, para el diagnóstico de TDAH ya no es un criterio de exclusión el trastorno de espectro autista.

En función de la presentación de los síntomas se distinguen tres especificadores, que sustituyen a los subtipos del anterior DSM: TDAH con presentación predominante de falta de atención, con presentación predominante hiperactiva/impulsiva y con presentación combinada. Por último, en el diagnóstico del TDAH hay que especificar la gravedad actual. Así, se debe especificar como «leve» cuando están presentes los síntomas necesarios para el diagnóstico y sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral; «moderado», cuando los síntomas o deterioros funcionales se encuentran entre «leve» y «grave», y «grave» cuando se aprecian muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico, varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

3. TRATAMIENTO

3.1. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico ha demostrado su eficacia para la mejora de los síntomas del TDAH (véase revisión de Palomino, Pérez y Martín-Calero, 2013). En consecuencia, se

recomienda como parte de un enfoque de tratamiento multimodal para los niños en edad escolar con niveles de deterioro que oscilan entre moderado y grave. El psicoestimulante metilfenidato es el fármaco más comúnmente prescrito para el TDAH en edad infantil. Este tratamiento se puede prescribir en formas de acción breve y prolongada, y funciona aumentando los niveles extracelulares de dopamina mediante el bloqueo de su recaptación presináptica. Se ha demostrado una disminución de la sobre-actividad, la impulsividad, la inatención y una mejora de las conductas problemáticas mediante el uso de psicoestimulantes en niños con TDAH.

Por otra parte, existen fármacos no estimulantes, como la atomoxetina, un inhibidor de la recaptación de norepinefrina, que funciona aumentando los niveles extracelulares de noradrenalina. Se recomienda para sujetos con TDAH que no responden al metilfenidato, que son intolerantes a este fármaco, en los que produce efectos secundarios graves y/o cuando los profesionales posean indicios sobre el uso inadecuado de la medicación psicoestimulante. Los antidepresivos tricíclicos y el bupropión son otros fármacos no estimulantes que han demostrado ser eficaces para el TDAH, aunque en menor medida.

Cabe destacar que el tratamiento farmacológico para el TDAH conlleva, en determinadas ocasiones, efectos secundarios adversos. Algunos de los más comunes incluyen pérdida de apetito y problemas para dormir. Generalmente, tales efectos secundarios son manejables y tolerables, particularmente si los resultados deseados del tratamiento son evidentes. La adherencia al tratamiento farmacológico también puede ser problemática, pero puede mejorarse con formulaciones de fármacos de mayor duración que no requieran múltiples dosis. Es importante señalar que, a pesar de que la eficacia a corto plazo de este tipo de intervenciones es ampliamente reconocida, la efectividad a largo plazo continúa en duda y los resultados funcionales a menudo no logran normalizarse (Hinshaw y Arnold, 2015). Por tanto, a pesar de que la medicación puede mejorar la productividad académica y el comportamiento disruptivo, es importante que los profesionales ofrezcan una visión realista a padres y profesores durante la planificación del tratamiento sobre su capacidad para normalizar el funcionamiento.

En lo referente a la etapa preescolar, posiblemente el PATS (Preschool Attention Déficit Treatment Study) sea la investigación más representativa sobre los efectos de la administración de psicoestimulantes a niños pequeños. Una conclusión interesante es que los tamaños del efecto son inferiores a los obtenidos en niños más mayores. Los resultados de este proyecto indican que los preescolares son sensibles a los efectos adversos, tales como aumento de la irritabilidad, cambios de humor, letargo y disminución de la tendencia esperada en el aumento del peso y de la altura. Un problema añadido es la falta de información en relación con los efectos de los psicoestimulantes sobre el desarrollo cerebral de niños preescolares. Las anteriores consideraciones sugieren que el tratamiento farmacológico con preescolares debería restringirse a los casos más severos que no hayan respondido positivamente a la aplicación de técnicas psicosociales. Para incrementar su utilidad deben prescribirse juiciosamente, reducir las dosis al máximo posible y realizar un seguimiento

cuidadoso de los posibles efectos secundarios, en el que se mantenga una estrecha comunicación entre los médicos de atención primaria, los padres y los profesores.

Por último, hasta el 90 por 100 de los adolescentes rechazan y posteriormente abandonan el tratamiento farmacológico. La razón principal que suelen citar los padres es la falta de motivación. Por otra parte, entre los adolescentes que han desistido de tomar fármacos, dos tercios de sus padres no están de acuerdo con la decisión del adolescente para detener la medicación. Estos datos sugieren que en la adolescencia puede haber límites importantes para la viabilidad de los regímenes de medicación estándar.

3.2. Intervención psicosocial

Las intervenciones psicosociales tienen como objetivo mejorar los problemas conductuales y escolares de los niños con TDAH e incluyen estrategias en modificación de conductas basadas fundamentalmente en técnicas operantes y técnicas cognitivo-conductuales. El tratamiento más divulgado es el asesoramiento a padres y profesores en la utilización de técnicas de modificación del comportamiento (TMC), aunque el entrenamiento en habilidades sociales y en solución de problemas también ha demostrado su eficacia.

Técnicas de modificación de conducta

Un principio clave en la aplicación de estas técnicas es que los niños con TDAH suelen necesitar contingencias más poderosas que los niños sin este trastorno para lograr los mismos resultados, y que las consecuencias han de otorgarse de forma rápida. En la aplicación de las técnicas de modificación de conducta suele ser recomendable la comunicación entre padres, profesores y el diseño de estrategias de intervención coordinadas.

— Los premios y las alabanzas se utilizan para incrementar el comportamiento deseado y suelen ser más efectivos cuando se aplican inmediatamente después de que se produzca la conducta objetivo. En niños con TDAH se recomienda que se utilicen de forma más rápida y frecuente, ya que pierden fácilmente su valor. Otra técnica, el principio de Premack, consiste en usar aquellas conductas que son más frecuentes como reforzadores de las conductas menos frecuentes. Por ejemplo, «si ordenas la habitación, podrás jugar con la tablet».

— Por otra parte, entre las técnicas más utilizadas para reducir o eliminar conductas en niños con TDAH destacarían el coste de respuesta, el tiempo fuera y la extinción. En la técnica de coste de respuesta se retiran o reducen reforzadores que tienen un carácter positivo (aplicando «multas»), mientras que en el tiempo fuera se promueve que el niño no emita las conductas que suelen ser reforzadas. En este caso se suele poner al niño en un entorno o contexto sin los reforzadores que mantienen la conducta objetivo, por ejemplo, el «lugar de pensar» durante un corto intervalo de tiempo. La extinción

consiste en la eliminación total de todo refuerzo (retirando la atención) de una conducta que se pretende suprimir.

— La técnica de «economía de fichas» es uno de los procedimientos más eficaces para lograr cambios conductuales en diversos contextos, y se basa en reorganizar los posibles refuerzos positivos y negativos con objeto de promover o reducir una conducta. Consiste en establecer un sistema de refuerzo mediante la utilización de unas fichas (tarjetas, clips, puntos, etc.) para premiar las conductas que se desean establecer. Realizando las conductas que se determinan previamente, los niños son recompensados con fichas que posteriormente son intercambiadas por reforzadores materiales y/o sociales que, en un principio, se han acordado con el profesor (o con los padres). La estructura general del programa se podría sintetizar en las siguientes fases: 1) *selección del comportamiento a modificar* y definición de la conducta de forma operacional, es decir, lo más claramente posible, incluyendo un criterio que permita comprobar su consecución; 2) *establecer una línea base* de la frecuencia de la conducta en la actualidad y un objetivo cuantificable; 3) *especificar los posibles reforzadores* y el tipo de fichas que se van a otorgar (como estrellas, soles, etc.); 4) *concretar el valor de las fichas* y el de las conductas objetivo; si la conducta es compleja será necesario segmentarla en componentes y determinar el valor en puntos de cada uno de ellos; 5) *determinar el programa de contingencias*, en el que figure quién, cómo se aplicarán los refuerzos y cuándo se va a realizar el intercambio de las fichas; por ejemplo, en el contexto escolar suele ser más conveniente hacerlo al finalizar la jornada escolar, diariamente, al menos en principio, ya que las demoras cortas aumentan la eficacia del programa, y 6) finalmente habrá que *definir un plan de eliminación del programa*, de manera que la conducta meta se mantenga por los reforzadores naturales del ambiente; también habrá que realizar una evaluación continua del programa, modificando, suprimiendo o añadiendo refuerzos.

— El contrato de contingencias es una técnica operante, dirigida a niños mayores y adolescentes que se adapten mejor a demoras en la gratificación. Mediante esta técnica se acuerda de una manera formal, a modo de contrato, qué conductas se van a modificar, indicando igualmente cuáles serán las consecuencias del cumplimiento o no del acuerdo. El contrato se plasma en un documento y es firmado por las partes que adquieren el compromiso.

Estrategias de autocontrol

En relación a las intervenciones cognitivo-conductuales, la literatura muestra la eficacia de técnicas como las autoinstrucciones, el entrenamiento en resolución de problemas, la autoevaluación o las técnicas para el control de la ira.

Autoinstrucciones

A partir de la teoría del aprendizaje social y las teorías del desarrollo soviéticas, Meichenbaum y Goodman (1971) desarrollaron el *entrenamiento mediacional cognitivo* o *autoinstruccional*. Dicho programa de entrenamiento se compone de dos tipos de modelado, manifiesto y encubierto, e incluye la utilización de *autoinstrucciones*, que pretenden detener la secuencia de pensamientos erróneos que el niño impulsivo tiene, a partir de la enseñanza de una secuencia de pensamientos útiles para la solución de problemas. Consta de cinco fases mediante las cuales se pasa de mecanismos de control externo de la conducta al control interno o autocontrol: 1) *modelado cognitivo:* el terapeuta modela las instrucciones en voz alta, mientras el niño escucha y observa; 2) *guía externa:* el niño realiza la misma tarea siguiendo las instrucciones del terapeuta; 3) *autoguía manifiesta:* ejecución de las autoinstrucciones en voz alta; 4) *autoguía manifiesta atenuada:* el niño murmura para sí mismo las autoinstrucciones, y 5) *autoinstrucción encubierta:* el niño utiliza su lenguaje interno para guiar a modo de diálogo interno su conducta.

Con niños de Educación Infantil y Primaria resulta muy atractivo el programa *Piensa en voz alta* de Camp y Bash (1998), que introduce la secuencia autoinstruccional, apoyada por dibujos del oso Arturo situados en un lugar visible de la clase. A través de la enseñanza de las cuatro autoinstrucciones: «¿cuál es mi tarea?, ¿cómo puedo hacerla?, ¿estoy utilizando mi plan?, ¿cómo lo hice?», el programa aborda al principio problemas impersonales, y posteriormente se centra en la resolución de problemas sociales. En la misma línea, el programa de *Párate y piensa* (Kendall, Padever y Zupan, 1980), que se desarrolla en 22 sesiones, entrena a los niños en el uso de las autoinstrucciones verbales para que sean utilizadas durante el proceso de solución de problemas a través de cinco estadios: 1) identificación del problema; 2) focalización de la atención en el mismo; 3) generación de alternativas; 4) selección de una de las alternativas, y 5) autoevaluación o rectificación de errores. Mediante la aplicación de estas estrategias se pretende lograr el mantenimiento y la generalización del comportamiento deseado en múltiples contextos de desarrollo, a través de la enseñanza de estrategias dirigidas a desarrollar el autocontrol.

Autoevaluación con refuerzo

Una de las técnicas más completas utilizada en el contexto escolar es la autoevaluación con refuerzo. El objetivo es ajustar las autovaloraciones de los estudiantes con TDAH sobre su comportamiento en relación a las normas de la clase o la realización de las tareas. La adaptación de Miranda et al. (1999) comprende tres fases: 1) *establecimiento de las normas de clase:* mediante un debate abierto se acuerdan las reglas, que se colocarán en un lugar visible; 2) *entrenamiento en habilidades de autoevaluación:* pretende que los estudiantes se autoevalúen; a través del juego «estar de acuerdo» el profesor practica las habilidades de autoevaluación en relación al cumplimiento de las normas en clase y de los deberes, y 3) *introducción del sistema de economía de puntos*, mediante el cual se obtienen puntos cuando la autoevaluación es buena, y se canjean por premios previamente acordados al final de la

semana. Esta técnica ha demostrado su eficacia en la realización de tareas escolares, produciendo mejoras en la atención e interacción entre compañeros.

Técnicas de control de la ira

Un procedimiento que resulta eficaz en niños con TDAH en los ciclos de Educación Infantil y primer ciclo de Primaria que tienen asociadas conductas agresivas es la técnica de la tortuga. Incluye cuatro fases, en las que se entrena a los niños a reaccionar de manera autocontrolada, apoyándose en un cuento que narra la historia de la tortuga Pepe. El entrenamiento se desarrolla en cuatro fases a lo largo de 6 semanas y puede implementarse por los propios maestros. En la primera fase se enseña al niño a responder a la palabra «tortuga» cerrando los ojos, pegando los brazos al cuerpo y replegándose como una tortuga en su caparazón. En la segunda fase el niño aprende a relajarse. Para ello, tensa todos los músculos mientras está en la posición de tortuga, mantiene la tensión durante unos segundos, y después relaja a la vez todos los músculos. La fase tercera pretende conseguir la generalización en la utilización de la posición de tortuga y la relajación a diferentes contextos y situaciones. La última fase se dedica a la enseñanza de estrategias de solución de problemas interpersonales.

Para ciclos superiores suele ser más adecuada la técnica de «control de la ira» centrada en controlar la agresividad mediante la identificación de los sentimientos de ira y control de la misma a través de una palabra clave como «stop», seguida de la aplicación de la secuencia de autoinstrucciones, para finalmente conseguir reducir esos sentimientos disfuncionales mediante técnicas de relajación (véase una descripción completa en Miranda y Soriano, 2010).

Programas

Los programas conductuales desarrollados para niños con TDAH contemplan todas las etapas y los principales contextos de desarrollo. En el ámbito familiar han demostrado su eficacia en el tratamiento del TDAH, especialmente en preescolares. Estos programas se basan en las teorías del aprendizaje social y en la utilización de técnicas conductuales para el abordaje de la sintomatología nuclear del TDAH y de los problemas asociados. Asimismo, en el ámbito escolar los programas conductuales para profesores les permite ampliar sus conocimientos sobre el trastorno y mejorar la conducta de sus estudiantes en el aula, manteniendo una estrecha comunicación casa-escuela.

Programas de entrenamiento a padres

La mayoría de los programas de entrenamiento a padres utilizan técnicas conductuales y se basan en el de Barkley (2000). El programa de Barkley consta de ocho pasos, con los que se pretende mejorar la conducta del niño hiperactivo, las relaciones sociales y la adaptación general en casa mediante la aplicación de determinados principios. Los objetivos del programa son reducir la terquedad,el comportamiento oposicionista y aumentar las

conductas de colaboración.

Una revisión reciente de los tratamientos psicosociales (Evans, Owens y Bunford, 2014) concluye que los programas de entrenamiento a padres son tratamientos bien establecidos y consolidados científicamente. Su objetivo prioritario es informar a los padres sobre el TDAH y enseñarles a utilizar técnicas conductuales para mejorar las interacciones con sus hijos, aumentar los sentimientos de competencia parental y mejorar la relación entre padres e hijos a través de la comunicación y atención al desarrollo del niño. Estos programas están estructurados en un número específico de sesiones, entre 8/10, que en general se realizan en grupo, aumentando los beneficios percibidos, como el apoyo emocional. Las familias son instruidas en el aprendizaje de un amplio espectro de técnicas para el manejo del comportamiento: causas de la conducta desafiante; habilidades de atención positiva y alabanza; uso de la atención y de otros refuerzos para potenciar la obediencia; recompensas a los niños por conductas no disruptivas; establecimiento de un sistema de fichas en casa; utilización del tiempo fuera y del costo de respuesta, y manejo de las conductas de desobediencia fuera del hogar mediante estrategias de pensamiento en voz alta.

Entre los programas para preescolares con sintomatología TDAH que han demostrado tener evidencia científica están el *New Forest Parent training Package (NFPP), The Triple P positive parenting programme* e *Incredible Years parent training programme* (véase revisión de Evans et al., 2014).

El *NFPP* es un programa de intervención cuyo objetivo principal es reducir la sintomatología nuclear del TDAH, así como dotar a los padres de habilidades para manejar la conducta de sus hijos. Las sesiones están estructuradas en cuatro módulos: psicoeducación, mejora de las relaciones padres e hijos a través de la comunicación y el juego, entrenamiento de técnicas conductuales y entrenamiento en técnicas para incrementar la atención.

El *programa Triple P* se dirige a promover el desarrollo y la competencia del niño a través de las muestras de afecto, atención y alabanzas, así como manejo de conductas disruptivas y establecimiento de límites e instrucciones claras. El programa incluye, además, sesiones que abordan la comunicación de la pareja, las habilidades parentales y la solución de problemas.

El programa de entrenamiento a padres *Incredible Years* tiene formato grupal. Los objetivos son establecer una relación positiva con el hijo, priorizando el juego y las actividades centradas en el niño y destacando el uso de la alabanza, los premios y los incentivos para potenciar los comportamientos adecuados, y entrenar a los padres en el uso de estrategias efectivas a la hora de establecer límites y normas. Las técnicas empleadas incluyen el modelado, la retroalimentación, tormenta de ideas y las discusiones en grupo, después de la visualización de videos. Los padres aprenden habilidades de comunicación interpersonal, el manejo del enfado y estrategias en solución de problemas.

Todos los programas contienen formación para los padres sobre el TDAH, y utilizan el juego como principal medio para potenciar la autorregulación de la conducta y el control inhibitorio. Además, utilizan estrategias para reducir la aversión a la demora. Del mismo modo, algunas de las adaptaciones que se han realizado de estos programas han demostrado

ser tratamientos bien establecidos, como por ejemplo el programa «Estrategias para fomentar la paternidad positiva» (*Strategies to Enhance Positive Parenting*, Chacko,Wymbs, Chimiklis, Wymbs y Pelham, 2012), adaptado a colectivos de alto riesgo como madres solteras con hijos que tienen el trastorno. En este programa adaptado se incrementó la duración de las sesiones a 2,5 horas, incluyendo más oportunidades para que las madres observaran el manejo del comportamiento modelado por personal especializado y se instruyó en procedimientos de refuerzos. Otro programa que modifica el tradicional programa de padres es el *Coaching Our Acting-out Children: Heightening Essential Skills*. *COACHES* (Fabiano et al., 2012). El objetivo es involucrar a los padres a través del fútbol en la conducta de sus hijos, de modo que se conviertan en sus entrenadores, mediante la formación en técnicas conductuales.

Programas aplicados en el contexto escolar

Algunos programas desarrollados en la escuela se basan en el manejo por parte del profesor de consecuencias de la conducta, y también suelen introducir a los compañeros como figuras clave en la intervención. El trabajo del aula se organiza constituyendo grupos pequeños, con el objetivo de respetar las reglas de la clase. Dentro del grupo se elige un líder, que va cambiando y que es el responsable de motivar y recordar a los miembros del mismo el cumplimiento de las normas. Se suele implementar un sistema de puntos para premiar o no el comportamiento objetivo (véase «ADHD Classroom kit»; Anhalt et al., 1998).

El *Programa Escuela Dinosaurio* (Webster-Stratton, Reid y Hammond, 2001), dirigido a niños entre 4 y 8 años, combina el entrenamiento en habilidades sociales y en solución de problemas. El programa pretende entrenar a los niños en habilidades sociales positivas a través del modelado en vídeo, mostrando diferentes situaciones de conflicto a las que tienen que buscar soluciones en grupo, de manera que se van fortaleciendo los vínculos entre ellos. Se utilizan marionetas de tamaño natural en todas las sesiones, así como fichas, pegatinas y libros de colores, con el fin de poder mantener la atención de los niños. El entrenamiento se basa en la enseñanza y práctica, a través del modelado de un amplio rango de habilidades. Además, durante el desarrollo del programa se informa a padres y profesores de las habilidades trabajadas (por ejemplo, «compartir», «obedecer las órdenes», «expresar sentimientos»), para que puedan reforzar esos comportamientos y generalizar así las nuevas habilidades aprendidas.

El *Programa «Herramientas de la Mente»* (Leong y Boldrova, 2004), basado en la teoría socio-constructivista sobre el desarrollo, pretende enseñar a los niños preescolares, especialmente a los que están en riesgo, a regular su comportamiento. A través del juego maduro e intencional se intentan potenciar básicamente tres funciones ejecutivas: memoria de trabajo, control inhibitorio y flexibilidad. Un ejemplo para desarrollar la memoria de trabajo y la atención es realizar un *role-playing* estructurado centrado en la lectura. El niño que hace el papel de lector mantiene un dibujo de unos labios como recuerdo, mientras que el niño que

hace de receptor sujeta un dibujo de un oído, de modo que se entrena la escucha y la inhibición del deseo de hablar. Se van retirando paulatinamente los apoyos visuales, hasta lograr que la escucha activa se internalice como parte del proceso lector. El programa subraya la importancia del papel del juego, planificando situaciones y escenarios, donde el niño aprende a desarrollar habilidades ejecutivas.

Por último, también se ha mostrado prometedor el entrenamiento en habilidades sociales que ayuda al niño a establecer relaciones interpersonales más adaptadas. El entrenamiento en habilidades sociales es un componente fundamental en los programas de intervención para profesores. Estos programas se basan en la enseñanza y práctica, a través del *role playing*, de un amplio rango de habilidades, como son habilidades de conversación, amistad, resolver situaciones difíciles y/o realizar o aceptar críticas, entre otras muchas.

Intervenciones multidimensionales en TDAH

En general, los niños con TDAH muestran dificultades en el funcionamiento adaptativo en todas las áreas del desarrollo, destacando especialmente las repercusiones negativas en las áreas académica y social. Por ello cada vez son más los autores que plantean la necesidad de intervenciones combinadas y comprensivas que incluyan varios de estos componentes en los diferentes contextos de desarrollo del niño.

Uno de los programas implementado en nuestro país es el *programa de intervención multicomponente de Miranda, Presentación, García y Siegenthaler* (2009). El programa se dirige a profesores y padres, quienes reciben entrenamiento paralelo, y también incluye una intervención especializada directamente con los niños. Un componente fundamental del programa es la comunicación entre todos los participantes, a fin de facilitar la generalización de los aprendizajes. La intervención se desarrolla a través de tres programas diferenciados a lo largo de 10 semanas: 1) *el programa de intervención para niños*, basado en técnicas cognitivo-conductuales introducidas en grupos pequeños por un especialista; 2) *el programa de intervención para padres*, adaptado del elaborado por Barkley (2000), con sesiones dedicadas a mejorar la salud emocional y el afrontamiento ante situaciones conflictivas, y 3) *el programa de intervención para los profesores*, que incluye información sobre el TDAH y el manejo del niño en el aula. Se instruye en la técnica de autoevaluación reforzada y en las adaptaciones académicas para niños con TDAH.

Otras intervenciones combinan diferentes procedimientos y aportan novedades, como implicar a todo el colegio en la implementación de los programas (véase Programa ABC; Pelham et al., 2005). Con ello se pretende mejorar diferentes dominios de funcionamiento de los niños, como las habilidades sociales, la conducta disruptiva, el trabajo escolar y la realización de deberes para casa.

La base de estas intervenciones es establecer interacciones positivas profesor-alumno, con un elevado grado de retroalimentación, e incluyen el establecimiento de normas con premios y consecuencias negativas, tareas para casa con la participación de los padres mediante la

utilización de la tarjeta casa-escuela, premios semanales, habilidades sociales y programas individualizados para niños con problemas de conducta asociados.

Estos programas suelen producir mejoras significativas en múltiples dominios: en las evaluaciones de los padres en relación con la conducta adaptativa de su hijo, y también en las evaluaciones del profesor sobre la agresividad, la atención, el autocontrol y las habilidades sociales de los niños.

Resumiendo, los tratamientos psicosociales, junto con las intervenciones contextualizadas que incluyen el entrenamiento a padres y profesores en técnicas conductuales y el entrenamiento a los niños en estrategias de autocontrol, están demostrando que pueden ser una alternativa al tratamiento farmacológico. Por ello es importante seguir desarrollando programas de intervención coordinados con padres y profesores que aborden los diferentes ámbitos de desarrollo del niño.

4. CONCLUSIONES

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad constituye una psicopatología evolutiva multifactorial, fruto de la compleja interacción de factores genéticos, neurobiológicos y psicosociales. La tasa de prevalencia se sitúa en torno al 5 por 100 y persiste en más del 50 por 100 de los casos en la etapa de vida adulta. Dada la evidencia empírica de la influencia de las variables ambientales en la variabilidad de la presentación clínica del TDAH y en la perduración de los síntomas a lo largo del tiempo, la investigación futura debería enfocarse hacia la identificación, prevención e intervención de estos factores, con el objetivo de optimizar el desarrollo de los sujetos que presentan esta condición. Ello permitiría el desarrollo de modelos explicativos más ajustados a la realidad y el desarrollo de instrumentos de evaluación suficientemente específicos y sensibles, dirigidos a la identificación de las áreas afectadas.

En el proceso de evaluación es importante partir de dos presupuestos. Por una parte, la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial, excluyendo otras psicopatologías que puedan estar mimetizando los síntomas del TDAH. Por otra parte, habrá que adoptar una perspectiva amplia, dada la elevada tasa de co-ocurrencia entre el TDAH y otros trastornos, entre los que destacan el trastorno de espectro autista, el trastorno oposicionista desafiante, el trastorno de conducta, el trastorno de ansiedad, la depresión mayor y las dificultades específicas de aprendizaje.

Por último, aunque el componente biológico del origen del TDAH es indiscutible, como respaldan los hallazgos de investigaciones en el marco de la neurociencia, el papel del ambiente en su evolución es innegable. Esta circunstancia, unida a la transituacionalidad característica del trastorno, debería repercutir en el futuro en la generación de programas de intervención psicosocial multicomponenciales, que utilicen las técnicas disponibles, adaptándolas a las necesidades presentes y que prevengan otras futuras. Esto supone que la

intervención no se base únicamente en la interacción entre el niño o adolescente y el profesional, sino que implique a la familia y al centro escolar, valiéndose de la coordinación para utilizar todos los recursos disponibles. Sólo mediante programas que incluyan un abanico de técnicas implementadas en diferentes contextos podrá lograrse la generalización deseable de los efectos del tratamiento a todos los ámbitos de la vida del sujeto.

5. CASO CLINICO

Petición de valoración clínica

Rosa (39 años) acude a consulta para solicitar una valoración clínica de su hijo Miguel (7 años), referida, según manifiesta, a «*problemas de comportamiento graves en casa y el colegio*». La madre reconoce que el niño le genera mucho estrés, por lo que toma medicación ansiolítica, y *«que ya no sabe qué hacer con él»*. Expone que el padre *«no ve los problemas de Miguel»*, así como que no puede ponerse de acuerdo con él en la forma de educar a su hijo. Ante dicha situación, el psicólogo concierta una segunda entrevista con ambos padres, que actualmente se encuentran en situación de separación, con el objetivo de concretar la historia clínica del niño y orientar las pautas para la evaluación diagnóstica.

Entrevista clínica: aspectos significativos

Actualmente Miguel tiene 7 años. La madre pone de manifiesto que no existieron problemas durante el embarazo (37,5 semanas). No consumió tabaco ni alcohol. Pese a ser un niño prematuro, no destacan problemas de salud significativos durante sus primeros años. No obstante, ambos padres exponen que fue un bebé irritable, con algunos problemas para establecer rutinas de alimentación y sueño. La madre manifiesta que empezó a caminar tarde, con algunos problemas de coordinación, y que su lenguaje durante los primeros años no era del todo fluido. Se determinó un diagnóstico de dislalia evolutiva a los 4 años por parte de un centro logopédico privado, que ha evolucionado satisfactoriamente. Ambos padres descartan antecedentes familiares conocidos con patologías mentales. Actualmente, Miguel no presenta problemas de tipo visual o auditivo.

Respecto a la historia familiar, el padre (43 años) tiene una pequeña empresa y la madre es funcionaria. Ambos poseen estudios superiores. Actualmente se encuentran divorciados, habiéndose cesado la convivencia hace 1 año y medio aproximadamente. Es hijo único y vive con su madre. Suele pasar los fines de semana con el padre y la pareja de éste, tal y como establece el régimen de visitas. Durante la entrevista se observan claros indicios de falta de acuerdo en el establecimiento de hábitos, pautas y normas por parte de ambos progenitores. El padre aboga por descartar la existencia de problemas, achacándolos a la separación. Manifiesta que *«hay que ser muy comprensivo y flexible en estos casos»*.

En cuanto a la conducta y el temperamento, la madre lo define como un niño *«muy*

cariñoso», pero que *«tiene que salirse con la suya, pues de lo contrario se pone nervioso, se tira al suelo y empieza a gritar y a patalear sistemáticamente»*. Le encantan los coches y los aviones. Pasa, según la madre, todos los fines de semana jugando a conducir con la videoconsola, hecho que el padre reconoce. Respecto a la conducta en el hogar, ambos progenitores coinciden en que es demasiado activo en el juego y suele romper todos los juguetes. Asimismo, la madre expone que posee dificultades en cuanto a habilidades adaptativas. No quiere hacer las cosas por sí solo y exige que se le ayude. Relata: *«el momento peor del día es la hora de acostarse. Hay que quedarse con él, contarle un cuento y ni aun así se duerme»; «en la mesa tampoco aguanta toda la comida sentado, y más de una vez ha tirado todo al suelo estirando del mantel»*.

En cuanto a la historia escolar, actualmente cursa 2.º de Educación Primaria en un centro concertado en el que ingresó con 3 años. Las maestras de Educación Infantil informaron en varias ocasiones a los padres de que era *«un niño muy movido»* y que no atendía en clase. En la actualidad el maestro ha informado de problemas de aprendizaje, atención y conducta, aspecto que ha acelerado la petición de valoración clínica. Según su tutor, el rendimiento de Miguel no es acorde con su edad y nivel escolar, teniendo especiales dificultades en el aprendizaje de la lectura y la escritura. Sus trabajos escolares suelen acabar sucios y rotos con demasiada frecuencia. Aunque tiene algunos amigos en clase, suele invertir su tiempo de recreo jugando a juegos de tipo sensorio-motor con niños más pequeños. Quiere mandar, y ha tenido algunos problemas con compañeros para ajustarse a las normas de juego ocasionando problemas que resuelve gritando y alguna vez, incluso pegando.

Evaluación diagnóstica

En virtud de las consideraciones de la entrevista clínica, y tras una toma de contacto con el niño para observar su conducta, el profesional decide realizar una valoración clínica orientada a aceptar/descartar un posible caso de TDAH. Se evalúan las manifestaciones conductuales y neuropsicológicas comúnmente asociadas al trastorno. En las tablas 7.3 y 7.4 se recogen los resultados de dicha evaluación.

TABLA 7.3
Evaluación de las manifestaciones conductuales en un caso de sospecha de TDAH

Área	Instrumento	Criterio	Variables	Resultados	
				Padres	Tutor
Historia clínica.	BASC (Reynolds y Kamphaus, 1992). Historia estructurada del desarrollo.	—	Antecedentes significativos para el diagnóstico	Véase 5.b	Véase 5.b

Sintomatología de TDAH.	Cuestionario adaptado DSM-5 (2013). Padres y profesores.	Número de síntomas ≥ 6	Hiperactividad/impulsividad	9	6
			Inatención	8	7

Problemas asociados.	BASC (Reynolds y Kamphaus, 1992). Cuestionario para padres P2. Cuestionario para tutores T2.	Puntuación T ≥ 60; habilidades adaptativas y otras habilidades adaptativas ≤ 40. Se exponen las puntuaciones directas (PD) y las puntuaciones T (PT).	**Puntuaciones**	**PD**	**PT**	**PD**	**PT**
			Problemas externalizantes				
			Agresividad	12	59	16	62
			Hiperactividad	22	78	22	64
			Problemas de conducta	2	45	5	61
			Problemas internalizantes				
			Ansiedad	7	53	1	38
			Depresión	5	49	1	43
			Somatizaciones	6	53	3	56
			Problemas escolares				
			Problemas atencionales	14	68	22	70
			Problemas de aprendizaje			16	68
			Otros problemas				
			Atipicidad	1	37	0	40
			Retraimiento	0	34	0	36
			Habilidades adaptativas				
			Adaptabilidad	12	33	10	38
			Liderazgo	22	61	13	53
			Otras habilidades adaptativas				
			Habilidades sociales	25	48	12	43
			Habilidades de estudio			6	33

TABLA 7.4
Evaluación de las manifestaciones neuropsicológicas en un caso de sospecha de TDAH

Área	**Instrumento**	**Criterio**	**Variables**	**Resultados**

			Subpruebas	Niño	
Inteligencia.	WISC-IV (Weschler, 2005)	Puntuación compuesta (PC) ≤ 100. *CI Total: 80-110*.		**PE**	**PC**
			Comprensión verbal	32	105
			Razonamiento perceptivo	31	101
			Velocidad de procesamiento	17	93
			Memoria de trabajo	16	88
			CI Total	99	99
Funcionamiento ejecutivo.	NEPSY-II (Korkman, Kirk y Kemp, 2014). Dominio de atención y funcionamiento ejecutivo. Dominio de memoria: subprueba de interferencia de listas de palabras.	Puntuación escalar ≤ 5. Se exponen las puntuaciones directas (PD) y las puntuaciones escalares (PE).		**PD**	**PE**
			Atención selectiva Atención auditiva y flexibilidad cognitiva	7	1
			Flexibilidad cognitiva Clasificación de animales	2	7
			Fluidez Fluidez de diseños	15	10
			Planificación (gestión del tiempo) Relojes	45	2
			Inhibición Atención auditiva y flexibilidad cognitiva Inhibición	24 47	7 1
			Memoria a corto plazo Interferencia de listas de palabras	5	4
			Memoria de trabajo Interferencia de listas de palabras	0	3

Respecto a las manifestaciones conductuales, las consideraciones recogidas durante la entrevista clínica y el cuestionario cumplimentado por padres y profesores sobre la sintomatología básica del trastorno confluyen en el establecimiento de un diagnóstico de TDAH con presentación combinada. Los resultados de la escala BASC confirman problemas clínicamente significativos en las escalas de hiperactividad (padres) e inatención (profesor). Además, se destaca la existencia de riesgo en las áreas de problemas de atención y adaptación a cambios y rutinas en el hogar (adaptabilidad), así como riesgo de problemas de agresividad, conducta antisocial y dificultades para aprender en el ámbito escolar. Todo ello conlleva un nivel de afectación notable en diversos aspectos de la vida de Miguel.

En cuanto a las manifestaciones neuropsicológicas, Miguel presenta un nivel de inteligencia medio (CI = 99). Sin embargo, cabe destacar que el análisis pormenorizado de los índices de la prueba WISC-IV pone de manifiesto puntuaciones más bajas en las habilidades neuropsicológicas de memoria de trabajo y velocidad de procesamiento. Las pruebas aplicadas de la batería NEPSY-II ratifican la existencia de déficits significativos en las funciones ejecutivas de atención selectiva, planificación, gestión del tiempo, inhibición y memoria a corto plazo y de trabajo. Todo ello podría reflejarse en problemas significativos en términos de habilidades de comportamiento y aprendizaje.

Orientaciones metodológicas para la intervención

En función del diagnóstico establecido y los problemas asociados observados en el caso de Miguel, se recomiendan las siguientes orientaciones para la intervención:

— Atender a la sintomatología básica del trastorno (aumentar habilidades atencionales y disminuir conductas hiperactivas e impulsivas) mediante técnicas de tipo cognitivo-conductual (por ejemplo, autoinstrucciones, autoevaluación) y modificación de conducta (economía de fichas). Éstas se realizarán tanto por parte del profesional directamente con el niño, como mediatizado por padres y profesores, teniendo especial relevancia la coordinación entre todos los entornos de desarrollo.
— Tratar los problemas asociados de escasa adaptabilidad, agresividad y conducta antisocial mediante el entrenamiento en habilidades de resolución de problemas, habilidades sociales y control de la ira (técnica de la tortuga).
— Intervenir sobre los problemas de tipo familiar relacionados con la comunicación y el establecimiento de pautas uniformes por parte de los padres a través de la adaptación del programa para padres de Barkley (2000).
— Emplear adaptaciones curriculares individualizadas en el aula, con el fin de subsanar los problemas que puedan darse en el entorno escolar (Miranda et al., 1999), relacionados con la sintomatología, los problemas conductuales asociados o los problemas de aprendizaje.
— Realizar actividades que potencien las habilidades ejecutivas de inhibición,

planificación y memoria del niño desde el currículo escolar (por ejemplo, herramientas de la mente).

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN (Descargar o imprimir)

1. Incluye intervenciones con padres, maestros y niños:

   a) El programa «New Forest Parent Training Package».
   b) El programa de intervención en TDAH de Miranda, Presentación, García y Siegenthaler (2009).
   c) Las dos son ciertas.

2. En la etapa de Educación Infantil, el síntoma más manifiesto de TDAH es:

   a) El déficit atencional.
   b) El exceso de hiperactividad y la impulsividad.
   c) La agresividad y los problemas sociales.

3. Que las manifestaciones de TDAH se produzcan en más de un contexto es una condición:

   a) Necesaria para el diagnóstico.
   b) Suficiente para el diagnóstico.
   c) Ninguna de las dos.

4. Según el modelo de Barkley (1997), el TDAH es debido a:

   a) Una alteración en los circuitos de la recompensa.
   b) Un déficit de inhibición conductual.
   c) Una grave desestructuración familiar.

5. La secuencia instruccional de Camp y Bash (1998) incluye las siguientes cuatro cuestiones:

   a) ¿Cómo puedo hacer este trabajo? ¿Lo estoy haciendo bien? ¿Cómo lo he hecho? ¿Cómo lo hice después de repasarlo y corregirlo?
   b) ¿Cuál es mi trabajo? ¿Cómo puedo hacerlo? ¿Estoy utilizando mi plan? ¿Cómo lo hice?
   c) ¿Qué tengo que hacer? ¿Cuál es mi trabajo? ¿Cómo lo he hecho? ¿A que soy bueno/a?

Respuestas correctas

1	2	3	4	5
b)	*b*)	*a*)	*b*)	*b*)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

American Psychiatric Association (2013). *Guía de consulta de los criterios diganósticos del DSM-5*. Arlington, VA: Author.

Artigas, J. (2009). Modelos cognitivos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología, 49*(11), S587-93.

Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. Nueva York, NY: Guilford Press.

Barkley, R.A. (2000). *Hijos desafiantes y rebeldes*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Barkley, R. A. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, 3.ª ed. Nueva York: Guilford.

Camp, B. W. y Bash, M. A. (1998). *Piensa en voz alta. Un programa de resolución de problemas para niños*. Valencia: Promolibro Cinteco.

Catalá-López, F., Peiró, S., Ridao, M., Sanfélix-Gimeno, G., Génova-Maleras, R. y Catalá, M. A. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry, 12*, 168.

Chacko, A., Wymbs, B., Chimiklis, A., Wymbs, F. y Pelham, W. (2012). Evaluating a comprehensive strategy to improve engagement to group-based behavioral parent training for high-risk families of children with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*, 1351-1362.

Cherkasova, M., Sulla, E. M., Dalena, K. L., Pondé, M. P. y Hechtman, L. (2013). Developmental course of attention deficit hyperactivity disorder and its predictors. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 22*(1), 47.

Evans, S. W., Owens, J. y Bunford, N. (2014). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 43*, 527-551.

Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Cunningham, C., Yu, J., Gangloff, B., Buck, M. y Gera, S. (2012). A waitlist-controlled trail of behavioral parent training for fathers of children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 41*, 337-345.

García, R., Soriano, M. y Roselló, B. (2011). Evaluación de niños con TDAH centrada en los contextos de desarrollo. En A. Miranda (coord.), *Manual práctico de TDAH*. Madrid: Síntesis.

Hinshaw, S. P. y Arnold, L. E. (2015). ADHD, Multimodal Treatment, and Longitudinal Outcome: Evidence, Paradox, and Challenge. *Wiley Interdisciplinary Review of Cognitive Science, 6*, 39-52.

Huh, Y., Choi, I., Song, M., Kim, S., Hong, S. D. y Joung, Y. (2011). A comparison of comorbidity and psychological outcomes in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Investigation, 8*, 95-101.

Kendall, P. C., Padever, W. y Zupan, B. (1980). *Developing self-control in children. A manual of cognitive-behavioral strategies*. Minneapolis. Minnesota: University of Minnesota.

Korkman, M., Kirk, U. y Kemp, S. (2014). *NEPSY-II*. Madrid: Pearson.

Lara, C., Fayyad, J., de Graaf, R., Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M. y Sampson, N. (2009). Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biological Psychiatry, 65*(1), 46-54.

Leong, D. J. y Bodrova, E. (2004). *Herramientas de la mente*. México: Pearson.

Li, Z., Chang, S. H., Zhang, L. Y., Gao, L. y Wang, L. (2014). Molecular genetic studies of ADHD and its candidate genes: A review. *Psychiatry Research, 219*(1), 10-24.

Meichenbaum, D. H. y Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves; a means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology, 77*(2), 115-126.

Miranda, A. y Soriano, M. (2010). Tratamientos psicosociales eficaces para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Información Psicológica, 100*, 100-114.

Miranda, A., Presentación, M. J., García, R. y Siegenthaler, R. (2009). Intervention with students with ADHD. Analysis of the effects of a multi-component, multi-contextualized program on academic and socio-emotional adjustment. En T. E. Scruggs y M. Mastropieri (eds.), *Advances In Behavioral And Learning Disabilities* (vol. 22). Boston: Emerald JAI Press.

Miranda, A. Presentación, M. J., Gargallo, B., Soriano, M., Gil., M. D. y Jarque, S. (1999). *El niño hiperactivo: intervención en el aula: un programa de formación para profesores*. Castellón: Universidad Jaime I.

Miranda-Casas, A., Baixauli-Fortea, I., Colomer-Diago, C. y Roselló-Miranda, B. (2013). Autismo y trastorno por déficit de atención con hiperactividad: convergencias y divergencias en el funcionamiento ejecutivo y teoría de la mente. *Revista de Neurología, 57* (Supl. 1), S177-S184.

Neale, B. M., Medland, S. E., Ripke, S., Asherson, P., Franke, B., Lesch, K. P. y Nelson, S. (2010). Meta-analysis of genome-wide association studies of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49,* 884-897.

Palomino, M. D., Pérez-Guerrero, C. y Martín-Calero, M. J. (2013). Tratamiento actual del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Pharmaceutical Care, 15,* 147-156.

Ramos-Quiroga, J. A., Ribasés-Haro, M., Bosch-Munsó, R., Cormand-Rifà, B. y Casas, M. (2007). Genetic advances in attention deficit hyperactivity disorder. *Revista de Neurología, 44,* S51-S52.

Roca, P. (2014). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y potenciales evocados cognitivos-p300: Perfiles diferenciales de los subtipos.* Tesis Doctoral. Universidad Jaume I.

Sanders, M. R., Markie-Dadds, C. y Turner, K. M. T. (1998). *Practitioner's Manual for Enhanced Triple P*. Families International Publishing, Brisbane, Qld, Australia.

Sergeant, J. A. (2005). Modeling attention-deficit/hyperactivity disorder: a critical appraisal of the cognitive-energetic model. *Biological psychiatry*, *57*(11), 1248-1255.

Sergeant, J. A., Oosterlaan, J. y Van der Meere, J. (1999). Information processing and energetic factors in attention-deficit/hyperactivity disorder. En *Handbook of disruptive behavior disorders* (pp. 75-104). Springer US.

Sharma, A. y Couture, J. (2014). A Review of the Pathophysiology, Etiology, and Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Annals of Pharmacotherapy, 48*(2), 209-225.

Sonuga-Barke, E. J. (2002). Psychological heterogeneity in AD/HD – a dual pathway model of behaviour and cognition. *Behavioural Brain Research, 130*(1), 29-36.

Sonuga-Barke, E. J. S., Taylor, E., Sembi, S. y Smith, J. (1992). Hyperactivity and delay aversion – I. The effect of delay on choice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 33*(2), 387-398.

Spencer, T. J., Biederman, J. y Mick, E. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology, 32,* 631-642.

Van Hulst, B. M., de Zeeuw, P. y Durston, S. (2015). Distinct neuropsychological profiles within ADHD: a latent class analysis of cognitive control, reward sensitivity and timing. *Psychological Medicine, 45,* 735-745.

Webster-Stratton, C., Reid, J. y Hammond, M. (2001). Social skills and problem-solving training for children with early-onset conduct problems: Who benefits? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42,* 943-952.

8

Los trastornos de ansiedad y su tratamiento

SILVIA POSTIGO
SZERENA MAJOROS

OBJETIVOS DEL CAPÍTULO

En este capítulo se tratarán los trastornos de ansiedad que afectan a la población infantil y adolescente.

En primer lugar, se presenta una breve conceptualización teórica necesaria para contextualizar la fenomenología de los trastornos y su tratamiento. Así, se describen algunos términos relacionados con la ansiedad y el desarrollo normal de los sistemas de apego y miedo, que son los que están relacionados con los trastornos de ansiedad. En segundo lugar, se describen las características de los principales trastornos de ansiedad y las manifestaciones que dependen de la edad, el diagnóstico diferencial y los criterios propuestos por la DSM-5 que deben tomarse en consideración. En tercer lugar, se presentan algunos datos epidemiológicos de los trastornos descritos y los modelos teóricos empleados para explicar la génesis y mantenimiento de dichos trastornos. En cuarto lugar, se desarrollan aspectos relacionados con la evaluación y el diagnóstico, describiendo las áreas a evaluar de la situación personal y familiar.

A continuación se presentan algunas indicaciones útiles para el tratamiento de la ansiedad en niños y adolescentes y, por último, una breve descripción de un caso clínico y el manejo que se hizo del mismo.

Mediante el desarrollo de estos temas se pretende conseguir que el lector conozca: 1) la fenomenología y las principales manifestaciones de la ansiedad en niños y adolescentes; 2) el desarrollo normal y patológico del apego y el miedo, y 3) los trastornos más frecuentes relacionados con la ansiedad infanto-juvenil, así como su evaluación y su tratamiento.

1. INTRODUCCIÓN TEÓRICA

El miedo es una de las emociones básicas del ser humano, por lo que es normal tener esta emoción a lo largo de toda la vida. Los términos miedo, ansiedad y angustia se han utilizado a veces indistintamente en la historia de la psicología, si bien existen matices suficientes entre los tres (Toledo, Ferrero y Barreto, 1998). Así, el miedo es una emoción que obedece a un estímulo objetivo y específico, mientras que la ansiedad es la sensación de miedo generada por la anticipación de un estímulo amenazante, si bien éste es vago, indefinido o no es realmente amenazante (Valiente, Sandín y Chorot, 2003). La angustia refiere al componente somático del miedo, caracterizado por diferentes manifestaciones del sistema nervioso autónomo (taquicardia, sudor, temblor, constricción epigástrica, dificultades de respiración, entre otras), mientras que la ansiedad refiere al componente psíquico del miedo (Toledo, Ferrero y Barreto, 1998).

Se reserva el término miedo para las reacciones de activación simpática ante estímulos determinados, y la ansiedad para reacciones ante estímulos inespecíficos o incluso imaginados. No obstante, la ansiedad también es un fenómeno normal del ser humano y, al igual que el miedo, capacita al individuo para dar respuesta al peligro de una forma rápida. Únicamente cuando la activación generada es excesiva o el organismo se activa ante estímulos que no suponen un peligro real (cuando la reacción emocional no se ajusta a la realidad), puede producir alteraciones en el funcionamiento psicosocial de la persona en desarrollo. Distinguir entre el miedo y la ansiedad normales de unos niveles patológicos puede ser difícil, siendo un juicio en el que hay que considerar varios aspectos: intensidad, duración, cronicidad, interferencia psicosocial y en el desarrollo, entre otras (Toledo, Ferrero y Barreto, 1998). Más adelante se explican los criterios diagnósticos de la DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). No obstante, en la práctica clínica conviene tener en cuenta que el miedo puede derivar en ansiedad (y ésta en una ansiedad patológica) si el niño no es adecuadamente acompañado en este miedo, especialmente por unos padres capaces de infundirle confianza (Berger, 2006). Además, hay que tener en cuenta la alta comorbilidad existente entre los trastornos de ansiedad y la depresión infantil, que puede llegar al 28 por 100 (Navarro-Pardo, Meléndez, Sales y Sancerni, 2012). Por último, cabe también diferenciar el término estrés, que se refiere a un proceso complejo de varios componentes: el o los estímulos estresantes, la respuesta de estrés del individuo (que puede o no incluir diversas emociones, como el miedo y la ansiedad) y la respuesta de afrontamiento ante el proceso (Toledo, Barreto y Ferrero, 1998).

En este capítulo veremos los trastornos de ansiedad más frecuentes en la infancia y la

adolescencia, excepto los relacionados con situaciones traumáticas, que se explican en otro capítulo. Concretamente se expondrán:

— Trastornos fóbicos.
— Trastorno de ansiedad por separación.
— Trastorno de pánico.
— Trastorno obsesivo y compulsiones.

1.1. Desarrollo evolutivo del sistema de apego y el miedo

Desde el mismo nacimiento se desarrolla una forma de interacción cognitivo-emocional entre el niño/a y el mundo. En esta interacción el niño/a aprende a vincularse afectivamente y establece los modelos mentales que regirán sus vinculaciones posteriores. Esta vinculación primera y primordial es la de **apego,** concepto desarrollado por Bowlby (1969), observando la existencia de cuatro momentos: 1) fase de pre-apego o sensibilidad social indiscriminada, de 0 a 3 meses; 2) fase de apego o sensibilidad social diferenciada, de los 3 a 7 meses; 3) fase de apego definido o apegos específicos, de 7 a 12 meses, y 4) fase de apegos múltiples, de 12 a 18 meses. Por su parte, Ainsworth (1973) elaboró un procedimiento observacional para medir el tipo de apego en los bebés, señalando la existencia de cuatro patrones básicos de apego (tabla 8.1). Una vez que el vínculo de apego queda formado, en la tercera fase, suele mostrarse estable a lo largo de la infancia y la adolescencia, determinando asimismo el estilo amoroso que se vivirá en la vida adulta (Berger, 2006). También a partir de la tercera fase el niño/a puede empezar a mostrar ansiedad ante los extraños o ante la separación de la figura de apego (Trujillo y Martín, 2010).

TABLA 8.1
Patrones de apego infantil

	Seguro	**Inseguros**		
		Evitativo	**Resistente, ambivalente o ansioso**	**Desorganizado**
Cuando la madre se va	Detención del juego.	Sigue jugando.	Detención del juego, está infeliz.	El niño se asusta, se confunde.
Cuando la madre vuelve	La recibe, vuelve a jugar.	La ignora.	Se enfada con ella.	Puede ignorarla o enfadarse.
Historia afectiva	Relaciones cálidas.	Experiencias de falta de calidez.	Experiencias de rechazo.	Experiencias de falta de calidez y de rechazo.
Modelo mental	Yo soy valioso y los otros bien intencionados.	No soy valioso y los otros no me pueden querer.	No soy valioso y los otros pueden tener malas intenciones.	No soy valioso y los otros no me pueden querer o me harán daño.

Estilo amoroso en la vida adulta	Creen que el amor verdadero existe. Confiado, amistoso.	No cree en el amor romántico o, si se da, no dura. Miedo a la intimidad.	Creen que el amor verdadero es raro. Promiscuidad, relaciones superficiales.	Obsesiones, celos, fuertes pasiones, sentimientos extraños.

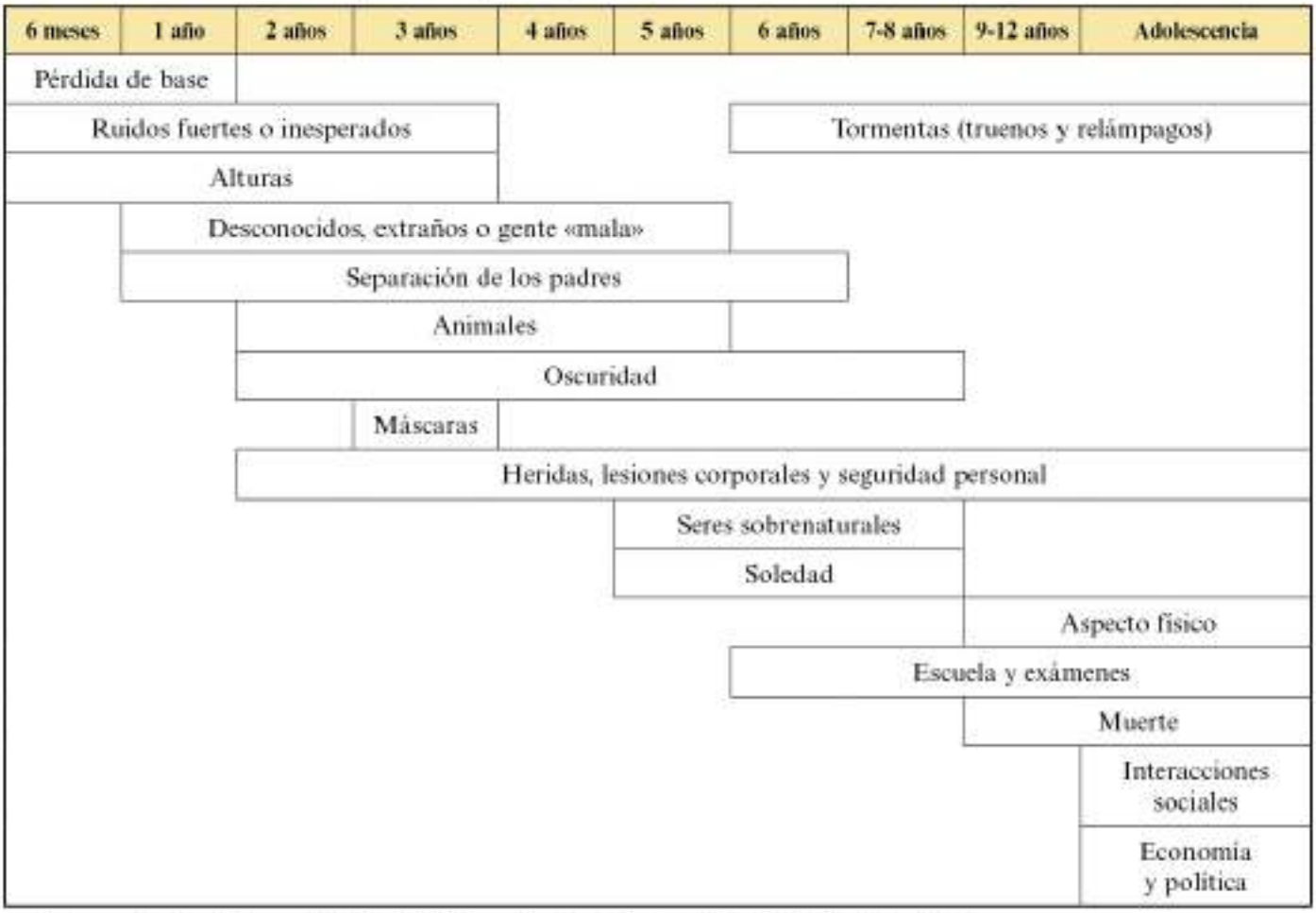
Nota: Adaptado y modificado de Berger (2006) y Trujillo y Martín (2010).

El desarrollo del sistema de apego es muy importante en la práctica clínica, pues todos los problemas emocionales y conductuales del niño o adolescente pueden agravarse si no ha podido desarrollar una base de apego seguro. No obstante, esto no significa que los patrones de apego inseguro determinen la existencia de una psicopatología (Trujillo y Martín, 2010). Así como el sistema de apego determina la base afectiva del niño/a, en términos de seguridad y confianza, los sistemas de aproximación e inhibición conductual están ligados a las emociones de miedo y ansiedad. El miedo es una respuesta emocional adaptativa que nos informa de estímulos peligrosos para el organismo y nos prepara para reaccionar de forma rápida mediante la huida, la parálisis o el ataque, reacciones que implican la activación del sistema nervioso vegetativo simpático. El desarrollo emocional incluye la existencia de miedos evolutivos, denominados así porque son de carácter transitorio y de intensidad leve, apareciendo normalmente asociados a unas edades específicas (tabla 8.2). Ir afrontando y superando estos miedos proporciona al niño recursos de adaptación a variados estímulos estresantes de la vida, pues la primera respuesta ante lo desconocido es, de forma natural, la de orientación y activación frente al estímulo (Morris y Kratochwill, 1983).

Las situaciones que más frecuentemente producen **miedo** en los niños son los ruidos fuertes, los extraños, la separación de sus padres y la oscuridad. No obstante, hay que tener en cuenta que los miedos siempre están relacionados con el contexto social, cultural y económico, por lo que es natural que se desarrollen también miedos que tienen que ver con noticias y temas recurrentes del momento (Beidel y Alfano, 2011). En general, antes de los 4 años los miedos tienen que ver con el ambiente más inmediato, los ruidos fuertes y la separación de los padres, que generan el miedo a ser abandonado. A partir de las 4 o 5 años los miedos comienzan a tener un carácter más anticipatorio, pudiéndose hablar entonces de ansiedad. En la pre-adolescencia los miedos son más sociales, activándose con estímulos que potencialmente pueden dañar a la persona, de forma física o psicológica (Valiente, Sandín y Chorot, 2003). Este tipo de miedos evolutivos generalmente se superan de forma cuasi espontánea, siempre con la ayuda de los padres y adultos de referencia, que enseñan al niño a distraerse, usar estímulos de confianza (como un peluche que les acompaña o una luz indirecta en la habitación, entre otras), y explorar la realidad hasta que ésta deja de ser desconocida. Sin embargo, a veces no desaparecen de forma espontánea, sino que se intensifican. Así, cuando un niño siente miedo, aunque sea un miedo evolutivo, debemos considerar que está en un momento vulnerable para la aparición de un trastorno de ansiedad (Beidel y Alfano, 2011).

TABLA 8.2
Aparición y desaparición de los miedos evolutivos

TABLA 8.2
Aparición y desaparición de los miedos evolutivos



FUENTE: Morris y Kratochwill (1983); Valiente, Sandín y Chorot (2003); Beidel y Alfano (2011).

2. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

En líneas generales, la manifestación de los trastornos de ansiedad en la infancia dependen básicamente del desarrollo cognitivo y emocional del niño, distinguiendo entre síntomas de carácter neurovegetativo, conductual, cognitivo y vivencial (Mardomingo, 2001). Así, en los niños pequeños observamos más signos conductuales, como llanto persistente y aparentemente sin motivo o la anorexia del bebé. Más adelante aparece el lenguaje, lo que posibilita al menor verbalizar su vivencia, nombrar emociones y sentimientos, así como expresar su angustia. Esto conllevará el desarrollo y clarificación del componente cognitivo, que normalmente ayuda a mantener el trastorno. Síntomas como las dificultades de atención, incapacidad de concentrarse o los problemas de memoria son problemas propios y típicos de la etapa escolar, mientras que los síntomas vivenciales, como la despersonalización, son más

frecuentes en la adolescencia.

2.1. Fobias

Las fobias se caracterizan por un miedo que es desproporcionado respecto al estímulo que lo provoca, se acepta como irracional, es percibido como incontrolable y lleva a evitar la situación temida, teniendo en cuenta, además, que el miedo debe persistir durante largos períodos de tiempo y no corresponder a la edad o estadio evolutivo (Toledo, Ferrero y Barreto, 1998). En la DSM se considera asimismo que, para diagnosticar una fobia, la interferencia de ésta en la vida diaria de la persona debe ser significativa y prolongarse por un período de al menos 6 meses. Así, las fobias implican un miedo intenso y desproporcionado ante uno o varios estímulos, provocando el rechazo o la evitación de dichos estímulos. La ansiedad aparece de manera inmediata ante el estímulo real o al imaginarlo, limitando la vida normal del niño. En ocasiones, la fobia resulta de no haber podido superar un miedo evolutivo, considerado como normal en una etapa anterior. Esto sucede en la fobia a las alturas, que aparece de manera natural alrededor de los 10 meses de edad y debería desaparecer con el tiempo, de forma que no apareciera en situaciones donde no existe un peligro real (como salir al balcón o subir a una montaña durante una excursión). La sintomatología experimentada por el niño es típicamente ansiosa, con síntomas somáticos como la taquicardia, quedarse paralizado, rigidez corporal, llanto, sudoración intensa o dolores diversos. Las explicaciones racionales por parte de las figuras de apego no sirven para tranquilizar al niño, remitiendo los síntomas únicamente cuando desaparece el estímulo temido y limitando al niño en la realización de tareas cotidianas.

Hay dos tipos de fobias que suelen darse en la infancia y la adolescencia: la fobia específica a un objeto o situación (tabla 8.3), y la fobia o ansiedad social (tabla 8.4). Ésta se presenta en situaciones en que la persona se expone al juicio o evaluación social, por lo que tiende a generalizarse a muchas situaciones y puede llegar a ser altamente incapacitante. La ansiedad social aparece en la interacción con otras personas, sean de la edad del niño o no. Estos miedos irracionales y desproporcionados pueden llegar a afectar a otros ámbitos de la vida del niño, por lo que es muy importante intervenir lo antes posible, para prevenir un posible perjuicio en el desarrollo psicosocial.

TABLA 8.3
Criterios diagnósticos de la fobia específica (DSM-5)

A) Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (por ejemplo, volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.

B) El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
C) El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.

D) El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.
E) El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
F) El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
G) La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas como pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación), o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

Especificar si:

Codificar basándose en el estímulo fóbico:

300.29 (F40.218) Animal (por ejemplo, arañas, insectos, perros).
300.29 (F40.228) Entorno natural (por ejemplo, alturas, tormentas, agua).
300.29 (F40.23x) Sangre-inyección-herida (por ejemplo, agujas, procedimientos médicos invasivos).

Nota de codificación: Seleccionar el código CIE-10-MC específico como sigue: **F40.230** miedo a la sangre; **F40.231** miedo a las inyecciones y transfusiones; **F40.232** miedo a otra atención médica, o **F40.233** miedo a una lesión.

300.29 (F40.248) Situacional (por ejemplo, avión, ascensor, sitios cerrados).
300.29 (F40.298) Otra (por ejemplo, situaciones que pueden derivar en ahogo o vómitos; en niños, por ejemplo, sonidos ruidosos o personajes disfrazados).

Nota de codificación: Cuando está presente más de un estímulo fóbico, se debe hacer constar todos los códigos CIE-10-MC aplicables (por ejemplo, miedo a las arañas y a viajar en avión, F40.218 fobia específica, animal y F40.248 fobia específica, situacional).

TABLA 8.4
Criterios diagnósticos de la fobia social o trastorno de ansiedad social (DSM-5)

A) Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (por ejemplo, mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (por ejemplo comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (por ejemplo dar una charla).

Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

B) El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).
C) Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.
Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.
D) Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
E) El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
F) El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
G) El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
H) El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.
I) El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de

pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.

J) Si existe otra afección médica (por ejemplo, enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Especificar si:

Sólo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público.

2.2. Ansiedad por separación

El trastorno de ansiedad por separación aparece cuando el niño tiene que separarse de las figuras de apego, que normalmente son sus progenitores (tabla 8.5). En esta separación, el niño experimenta un miedo y malestar intensos. El niño puede presentar miedo a sufrir él mismo algún daño y/o puede pensar que los padres sufrirán algún daño y no podrán volver a por él. La ansiedad de separación suele aparecer a los 8 meses de manera natural, considerándose normal en el desarrollo del niño y reflejándose en un miedo intenso ante personas desconocidas. Este miedo evolutivo a la separación de las figuras de apego suele desaparecer paulatinamente alrededor de los 18 meses. También es común que aparezca cuando el niño empieza la guardería o el colegio. Sin embargo, en unas semanas suele desaparecer sin mayores problemas.

Así, la ansiedad por separación se considera evolutiva y forma parte del desarrollo normal, ya que nos permite desarrollar un vínculo de apego seguro. Para que dicha ansiedad se considere patológica hay que atender a la edad del niño (mayor de 3 años), a la frecuencia, intensidad y duración del malestar asociado a la separación, y a las conductas de evitación que se despliegan frente a dicha ansiedad. Más allá de esta edad, o en duraciones mayores de un mes, se considera un diagnóstico de trastorno de ansiedad por separación. La ansiedad puede darse en la separación real o anticipada de las figuras de apego, lo cual lleva al niño a comportarse de forma muy dependiente a dichas figuras, no separándose de ellas en ningún momento o siguiéndoles a donde vayan. Los niños que sufren este trastorno suelen preguntar frecuentemente por uno de los progenitores que no se encuentra en casa, mientras muestran signos de miedo excesivo (tipo fobia), tales como inquietud motora, taquicardia, sudor o falta de concentración. Cuando están separados de las figuras de apego, pueden aparecer todo tipo de pensamientos catastróficos en torno a la muerte, accidentes o enfermedades que pueden sucederles a ellos mismos o a sus seres queridos, mostrando asimismo tristeza, apatía o inhibición social, entre otros síntomas. Las preguntas sobre temas de daños físicos y peligros en general suelen ser su interés central en la conversación.

Hay otros trastornos relacionados con el sistema de apego que derivan de experiencias de crianza negligente o altamente inconsistente y que conviene conocer y saber diferenciar. Concretamente, se trata de los trastornos reactivo y desinhibido de la vinculación, que se explican en otro capítulo, por considerarse que están relacionados con experiencias altamente estresantes y/o traumáticas. Asimismo, no se incluyen como trastornos específicos de ansiedad

en la DSM-5, si bien pueden conllevar algún tipo de manifestación ansiosa, especialmente el primero.

TABLA 8.5
Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad por separación (DSM-5)

A) Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (por ejemplo, perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.
4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
8. Quejas repetidas de síntomas físicos (por ejemplo, dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

B) El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.

C) La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D) La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro del autismo; delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos; rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia; preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada, o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

2.3. Pánico

El trastorno de pánico se caracteriza por una aparición súbita de miedo intenso que suele durar poco tiempo (alrededor de 10 minutos) y se acompaña de síntomas somáticos y pensamientos angustiosos (tabla 8.6). Estos episodios de miedo intenso deben repetirse y aparecer súbita e inesperadamente en diferentes situaciones que no tengan relación entre sí para poder diagnosticar un trastorno de pánico. Se diferencia entre crisis inesperadas (que no se relacionan con un estímulo situacional, sino más bien cognitivo), situacionales (que se desencadenan por estímulos ambientales específicos), y las que están más o menos relacionadas con un estímulo situacional. Así, los ataques de pánico pueden aparecer acompañando a una fobia específica o a la ansiedad de separación, en cuyo caso no debe hacerse un diagnóstico adicional de trastorno de pánico. No obstante, el carácter inesperado de los ataques de pánico puede no ser tan crucial en los niños, ya que la expresión de síntomas depende de su desarrollo cognitivo. Así, en las edades correspondientes al estadio cognitivo de operaciones concretas los ataques tienden a estar relacionados con sucesos específicos

(Mattis y Ollendick, 1997).

TABLA 8.6
Criterios diagnósticos del trastorno de pánico (DSM-5)

A) Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso, que alcanza su máxima expresión en minutos, tiempo durante el cual se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de «volverse loco».
13. Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (por ejemplo, acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

B) Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:
   1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (por ejemplo, pérdida de control, tener un ataque de corazón, «volverse loco»).
   2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (por ejemplo, comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

C) La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (por ejemplo, hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).

D) La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

Durante el episodio, la persona experimenta diferentes síntomas corporales que puede interpretar como catastróficos, llegando a pensar que va a morir o a perder el control sobre sí mismo. En general, los episodios de pánico empiezan con una afección corporal menor, como la aceleración del corazón o sudoración excesiva al hacer ejercicio. Cuando la persona interpreta estos síntomas como algo peligroso, éstos se exageran y provocan más sensaciones corporales incómodas, como el ahogo, falta de aliento, hormigueo, dolores, náuseas, mareos, sensación de desmayarse o rigidez muscular. En los adultos es típico que este trastorno se

acompañe de agorafobia o miedo a salir a la calle, ante la posibilidad de sufrir otra crisis de pánico; no obstante, la agorafobia no suele darse en los niños y los adolescentes. Los ataques de pánico parecen ser más frecuentes en la adolescencia, pero también ocurren en la infancia.

2.4. Obsesiones y rituales compulsivos

El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por la presencia de obsesiones de carácter recurrente que dan lugar a actos compulsivos cuyo fin es contrarrestar el miedo provocado por dichos pensamientos obsesivos (tabla 8.7). Las obsesiones se definen como ideas, pensamientos o imágenes que irrumpen en la mente de la persona, la cual las percibe como intrusivas, involuntarias (aunque las reconoce como propias) y sin sentido. Este tipo de ideas, pensamientos o imágenes no son racionales, no se explican por una sensación fisiológica o efectos secundarios de alguna sustancia, y generan una gran ansiedad en la persona, que generalmente intenta ignorarlos, suprimirlos o neutralizarlos con otros pensamientos o acciones. Cuando algunos pensamientos o actos consiguen disminuir la ansiedad del niño, éste tiende a repetirlos compulsivamente, esto es, de forma recurrente, estereotipada e intencional, por lo que se suele hablar de rituales compulsivos. Aunque las compulsiones son actos o pensamientos intencionales, la persona se siente obligada a hacerlo, ya que evitan la ansiedad generada por las ideas obsesivas y, en algunos casos, puede creer que evitan la ocurrencia del contenido obsesivo. La experiencia de la persona es que sin estas compulsiones la ansiedad no disminuye, por lo que el niño las vive como necesarias. Las compulsiones pueden ser tanto actos mentales (como contar o repetir alguna frase un número determinado de veces) como acciones observables. Las compulsiones mentales son más difíciles de detectar, ya que el sujeto no exterioriza ninguna acción. Los rituales compulsivos no son finalistas ni tienen un objetivo con sentido, salvo la disminución de la propia ansiedad. Este trastorno suele conllevar un empobrecimiento del rendimiento académico, debido a la dificultad para concentrarse y/o a la cantidad de tiempo que el niño está preocupándose o realizando las compulsiones. En la infancia, los niños suelen intentar implicar a sus padres en los rituales, que pueden no reconocer lo irracional de sus actos o la improbable ocurrencia en la realidad de las ideas obsesivas. A los 5-6 años los rituales tienden a manifestarse en grupo o en contexto de juego, mientras que de los 6 a los 11 años los rituales se formalizan en colecciones de objetos, prohibiciones para realizar determinadas acciones o normas muy específicas y rígidas (Toledo, Ferrero y Barreto, 1998). Se reconoce la existencia de rituales evolutivos normales, que se diferencian de las compulsiones por la finalidad (no se realizan para evitar la ansiedad asociada a la ocurrencia de la idea obsesiva), porque pueden ser interrumpidos sin consecuencias y por la edad (suelen darse entre los 4 y 8 años, facilitando la socialización y el manejo de la ansiedad, sin interferir de forma significativa en la vida del niño).

TABLA 8.7
Criterios diagnósticos del trastorno obsesivo-compulsivo (DSM-5)

A) Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

Las obsesiones se definen por:

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento durante el trastorno, como intrusos o no deseados, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.
2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Las compulsiones se definen por:

1. Comportamientos (por ejemplo, lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (por ejemplo, rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.
2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

Nota: Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.

B) Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C) Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o a otra afección médica.
D) La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (por ejemplo, preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos alimentarios; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafílicos; impulsos, como en los trastornos perturbadores, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro del autismo).

Especificar si:

Con introspección buena o aceptable: el sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.
Con poca introspección: el sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.
Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: el sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas.

Especificar si: el sujeto tiene una historia reciente o antigua de un trastorno de tics.

La ansiedad generalizada es una preocupación excesiva sobre diversos temas de la vida cotidiana que la persona no puede controlar, a pesar de que exista explicación racional para paliar estas preocupaciones (tabla 8.8). Se caracteriza por un estado continuo de inquietud, falta de concentración o fatiga, y tensión muscular. En los niños muchas veces se acompaña de irritabilidad excesiva, impulsividad, olvidos frecuentes, trastornos de sueño y apetito, entre otros síntomas, causando un deterioro en la vida del niño y limitando su participación social y

el llevar a cabo las tareas diarias. En adolescentes puede generar asimismo el consumo de sustancias como vía de escape y distracción.

TABLA 8.8
Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada (DSM-5)

A) Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
B) Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
C) La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D) La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
E) La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (por ejemplo, hipertiroidismo).
F) La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.

2.5. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial entre los diferentes trastornos de ansiedad infanto-juvenil puede verse claramente en el análisis funcional de la conducta del niño o adolescente. Así, depende del estímulo o estímulos que elicitan la respuesta de ansiedad, y del tipo de respuesta que se da frente a la misma. Concretamente, las fobias se activan frente a estímulos concretos y delimitados, a excepción de la fobia social, que se activa en situaciones de interacción social con desconocidos. La respuesta típica en ambos casos es la evitación de los estímulos amenazantes, y esta respuesta de evitación se incluye en los criterios diagnósticos de ambos trastornos. En la ansiedad por separación el estímulo es siempre la separación o anticipación de la separación del niño respecto a su/s figura/s de apego, y no implica una respuesta de evitación.

El trastorno de pánico implica la existencia de ataques de pánico recurrentes e imprevistos,

de modo que pueden no existir estímulos específicos que eliciten la respuesta de ansiedad. En caso de producirse únicamente en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretas (fobia específica), situaciones sociales temidas (fobia social), separación de la figura de apego (ansiedad por separación), obsesiones (trastorno obsesivo-compulsivo) o recuerdos traumáticos (trastornos de estrés), se diagnostica el trastorno correspondiente y no de pánico. Asimismo, el trastorno obsesivo-compulsivo se diferencia de otros trastornos relacionados porque las obsesiones no son preocupaciones generalizadas (trastorno de ansiedad generalizada) ni se reducen al aspecto (trastorno dismórfico) o la comida (trastorno alimentario), y las compulsiones no constan únicamente de arrancarse el pelo (tricotilomanía) o rascarse la piel (trastorno de excoriación).

Los trastornos de apego no pueden diagnosticarse sin una historia de negligencia afectiva por parte de los adultos (criterio C), ni los trastornos de estrés agudo y post-traumático sin una historia de exposición a la muerte, lesión grave o violencia (criterio A), que determinen los síntomas. Los trastornos adaptativos se diferencian de los trastornos de estrés porque en estos últimos el acento recae en el estresor objetivo de naturaleza claramente traumática, mientras que en los primeros lo importante es la falta de recursos de afrontamiento frente a estresores de naturaleza más cotidiana.

Por último, los trastornos de ansiedad deben diferenciarse de otro tipo de trastornos, cuyas características se resumen en la tabla 8.9.

TABLA 8.9
Diagnóstico diferencial de los trastornos de ansiedad

Trastorno de ansiedad	Diagnóstico diferencial
Fobias	— *Hipocondría:* en ésta la preocupación versa sobre la posibilidad de enfermar, mientras que en la fobia el miedo es a una enfermedad concreta. — *Anorexia y bulimia nerviosas:* la evitación se limita a la comida y los estímulos relacionados con ella. — *Trastornos generalizados del desarrollo (TGD):* la evitación de situaciones sociales se debe a la falta de interés por relacionarse.
Ansiedad por separación (TAS)	— *Rechazo escolar:* síndrome conductual que no tiene valor psicopatológico por sí mismo pero puede llegar a tomar la forma de una fobia. Se distingue porque la ansiedad sólo ocurre en el contexto escolar. — *TGD, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*: queda excluido el diagnóstico de TAS si aparece en el transcurso de uno de estos trastornos.
Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	— *Depresión mayor:* la rumiación de sucesos negativos es más congruente con el estado de ánimo negativo que con una obsesión. — *Hipocondría:* las intrusiones se relacionan únicamente con el miedo a enfermar. Si esta preocupación se acompaña de comprobaciones compulsivas, puede añadirse un diagnóstico de TOC. — *Trastorno delirante o psicótico no especificado:* puede realizarse este diagnóstico adicional si no hay conciencia de enfermedad y la obsesión adquiere un carácter delirante. — *Tics y trastorno de movimientos estereotipados:* son más simples que las compulsiones y no tienen como objetivo neutralizar una idea obsesiva. Son involuntarios, al contrario que las compulsiones.

— *Trastornos alimentarios, parafilias y abuso de sustancias:* las conductas de estos trastornos conllevan placer para el sujeto, al contrario que las compulsiones.

3. EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

3.1. Epidemiología

La incidencia de los trastornos psicológicos en población infantil es difícil de conocer, por la gran variabilidad de instrumentos de evaluación empleados, que, además, están basados en distintos enfoques teóricos y que llevan a diferentes diagnósticos, así como por la existencia de diferentes clasificaciones diagnósticas y los cambios que en ellas se dan a lo largo de los años (Navarro-Pardo et al., 2012). No obstante, se sabe que los trastornos relacionados con la ansiedad son muy comunes en la infancia y la adolescencia, tienden a incrementar con la edad y son más frecuentemente diagnosticados en niñas que en niños (Beidel y Alfano, 2011). Además, actualmente se considera que la ansiedad en estas etapas no es siempre transitoria, sino que en muchos casos puede persistir hasta la adultez (Cartwright-Hatton, McNicol y Doubleday, 2006). La prevalencia de «cualquier trastorno de ansiedad» en la infancia y la adolescencia es muy variable según el país estudiado, pero estudios recientes de revisión estiman que se sitúa alrededor del 7,2 por 100 (Baxter, Scott, Vos y Whiteford, 2013; Marques, Robinaugh, LeBlanc y Hinton, 2011). En España, esta tasa se sitúa entre el 13,3 por 100 (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000) y el 16,4 por 100 (Navarro-Pardo et al., 2012). En este último estudio se observó cómo los trastornos de ansiedad aumentan su incidencia con la edad, de 5,56 por 100 antes de los 5 años, o 12,32 por 100 entre los 6 y los 11 años, a 21,35 por 100 entre los 12 y los 15 años. A partir de los 15 y hasta los 18 años la prevalencia observada era del 15,44 por 100. Asimismo, verificaron las diferencias de género que suelen observarse en este tipo de estudios, estimando una tasa de 11,5 por 100 para los chicos y de 24,6 por 100 para las chicas. Sin embargo, no todos los estudios encuentran este aumento de la incidencia con la edad, que puede ser debido al aumento específico en la adolescencia de trastornos de pánico, obsesivo-compulsivo y fobia social (Rapee, Schniering y Hudson, 2009).

La prevalencia de los diagnósticos específicos de trastornos de ansiedad también varía entre estudios, pero en menor grado que la prevalencia general de la ansiedad. Además, suele existir una gran comorbilidad entre los diferentes trastornos de ansiedad (entre el 40 y 60 por 100 de niños con un trastorno de ansiedad cumplen criterios para otro), que puede ser debida a una pobre delimitación diagnóstica o a los factores de vulnerabilidad y etiológicos comunes (Rapee, Schniering y Hudson, 2009). Concretamente, según la revisión de Cartwright-Hatton et al. (2006), antes de los 11 años el diagnóstico más frecuente es de ansiedad por separación (entre 0,5 por 100 y 20,2 por 100), seguido por ansiedad generalizada (0,16 por 100-11,1 por 100) y trastorno obsesivo-compulsivo (0,03 por 100-2,6 por 100). Tradicionalmente, se ha

considerado que las fobias específicas y la fobia social estaban entre los diagnósticos más frecuentes, pero los resultados de los estudios epidemiológicos no son consistentes al respecto (Marques et al., 2011; Martini, 1995). Se ha sugerido que esto puede ser debido a la exclusión del diagnóstico de los aspectos de interferencia psicosocial que conlleva el trastorno, de forma que cuando es tenida en cuenta la prevalencia tiende a disminuir significativamente (Costello, Egger, Copeland, Erkanli y Gold, 2011). El trastorno de pánico suele aparecer en la adolescencia, pero también puede ocurrir en la infancia (Beidel y Alfano, 2011).

3.2. Modelos explicativos y etiología

Revisiones recientes señalan varios factores que inciden en el desarrollo de un trastorno de ansiedad en la infancia y la adolescencia (Echeburúa y Corral, 2009; Murray, Creswell y Cooper, 2009; Rapee, Schniering y Hudson, 2009).

Factores de vulnerabilidad. La vulnerabilidad a la ansiedad se ha relacionado con la existencia de un trastorno de ansiedad en los padres, un temperamento temeroso en el niño, que se manifiesta en inhibición conductual, y un procesamiento cognitivo sesgado en cuanto a la atención e interpretación de estímulos ambiguos como amenazas potenciales. El temperamento temeroso, que podríamos calificar de ansiedad-rasgo, ha demostrado ser bastante consistente a lo largo de la infancia y estar relacionado tanto con la ansiedad de los padres como con diagnósticos futuros de ansiedad en el niño. El mecanismo de influencia de la ansiedad paterna en la ansiedad infantil está relacionado con la genética y el modelado, del que se habla más adelante.

La teoría de la programación fetal postula que la ansiedad en la madre gestante es un factor sensibilizante para el desarrollo de un trastorno de ansiedad futuro. Estudios realizados con monos Rhesus muestran que las crías de madres sometidas a un estrés continuado durante el embarazo pesan menos, presentan problemas de desarrollo psicomotriz y tienen menos capacidad de atención que las crías cuyas madres pasaron un embarazo sin estrés (Clarke, Wittwer, Abbott y Schneider, 1994). Además, a los seis-ocho meses, frente a situaciones novedosas o desconocidas, estas crías tenían menor tendencia a explorar el ambiente (lo que puede implicar mayor sensación de miedo) y mayor perturbación conductual, llegando incluso a dormirse frente al estímulo novedoso (lo que implicaría desinterés y falta de implicación afectiva).

En estudios con humanos, se ha observado cómo el estrés y la ansiedad durante el embarazo pueden afectar al feto tanto en su desarrollo intrauterino como después del nacimiento. Se conoce como ansiedad prenatal a la ansiedad que puede experimentar el feto durante el embarazo a través del estrés de la madre y que es capaz de desencadenar una serie de consecuencias tanto físicas como psicológicas a corto y largo plazo; por ejemplo:

— Mayor reactividad de la frecuencia de latidos del corazón, lo que puede favorecer la conducta inhibida en la infancia (Di Pietro, Hodgson, Costigan y Johnson, 1996).

— Mayor probabilidad de alteraciones congénitas por una alteración en el desarrollo de la cresta neural (Hansen, Lou y Olsen, 2000).
— Menor adaptación y disminución de la afectividad entre los 3 y 8 meses de edad (Buitelaar, Huizink, Mulder, Robles y Visser, 2003).
— Mayores alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales en la infancia (Van den Bergh, Mulder, Mennes y Glover, 2005).
— Mayor impulsividad y menor cociente intelectual en la adolescencia (Van den Bergh et al., 2005).

Factores ambientales. Otros factores que aumentan la probabilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad son los sucesos vitales estresantes, sobre todo aquellos en los que el niño aprende (por condicionamiento o modelado) a responder con ansiedad. Asimismo, los sucesos traumáticos pueden predisponer a la ansiedad patológica, aunque éste es un efecto muy variable, ya que depende de la vulnerabilidad previa del niño. Además, la relación entre eventos vitales y el desarrollo de un trastorno emocional parece ser de causalidad recíproca, esto es, que los sucesos negativos, especialmente si éstos son incontrolables, que se experimentan en la infancia aumentan la probabilidad de un diagnóstico futuro de ansiedad patológica. Pero también el diagnóstico predice en cierta medida la ocurrencia de sucesos estresantes negativos.

Además de la influencia de los sucesos vitales, el aprendizaje tiene un papel predominante en el desarrollo de trastornos de ansiedad. Se han estudiado dos vías para este desarrollo. En primer lugar, el modelado (aprendizaje vicario), especialmente en la observación de los padres, es fundamental en la adquisición de habilidades de regulación emocional. En segundo lugar, la comunicación o adquisición de información respecto a las propiedades amenazantes del medio (aprendizaje simbólico) va a reforzar la ansiedad patogénica. Ambos procesos tienden a ocurrir simultáneamente y son difíciles de distinguir en la vida real, pero se considera que el primero es más importante para el desarrollo de fobias específicas, fobia social y pánico; sin embargo, el segundo parece ser influyente en el desarrollo de conductas de evitación, que refuerzan negativamente la ansiedad, es decir, aumentan su intensidad ante próximas presentaciones del estímulo, además de tender a la generalización de la respuesta ante otros estímulos que se interpreten de forma similar.

Por último, el estilo de crianza de los padres también se ha relacionado con los trastornos de ansiedad infantil (probablemente por su influencia en el desarrollo del apego). En este sentido, se ha observado la influencia de dos variables: *a*) la *falta de calidez y afecto* en la relación paterno-filial, que produce en el niño/a la sensación de que el mundo es básicamente hostil y/o amenazante, desarrollando un pobre concepto de sí mismo en términos de valía, eficacia y competencia, y *b*) la *sobreprotección*, que limita la sensación de independencia, autonomía y competencia del niño, así como el desarrollo de habilidades de afrontamiento. Los estudios observan el efecto de la segunda variable mencionada de forma mucho más intensa y consistente que la primera. Se han intentado estudios para vincular de forma más

específica los estilos parentales con el diagnóstico de un trastorno de ansiedad, pero la investigación no ha ofrecido todavía evidencias consistentes al respecto.

Por otro lado, pueden distinguirse algunos modelos etiológicos específicos basados en un procesamiento diferencial de la información en algunos de los trastornos de ansiedad, que se describen a continuación.

3.2.1. Fobias

La etiología de las fobias combina una predisposición innata al miedo frente a ciertos estímulos y un proceso de aprendizaje, en el que la evitación juega un papel fundamental para el mantenimiento y exacerbación del trastorno (Toledo, Ferrero y Barreto, 1998). El proceso de aprendizaje se ha explicado desde diferentes modelos:

— Condicionamiento clásico.
— Teoría de los dos factores (Mowrer, 1939).
— Modelo de condicionamiento vicario (Bandura, 1969).

3.2.2. Ansiedad por separación

La etiología de la ansiedad por separación se ha relacionado con un déficit de aprendizaje en términos de desensibilización natural a la ausencia de los padres, tal como suele ocurrir en el desarrollo normal del sistema de apego (Toledo, Ferrero y Barreto, 1998). Asimismo, cualquier experiencia traumática relacionada con dicha ausencia (por ejemplo, muerte de uno de los padres) puede exacerbar la reacción de ansiedad, que suele mantenerse por refuerzo negativo (cuando la conducta de protesta y búsqueda de los padres provoca que éstos vuelvan o no se separen del niño).

3.2.3. Pánico

El modelo más empleado para explicar los ataques de pánico es el de Clark (1986). Este modelo sugiere que son resultado de interpretaciones catastróficas de algunas sensaciones corporales, especialmente aquellas relacionadas con la respuesta normal de ansiedad, pero también otras. No obstante, en la infancia las manifestaciones del pánico parecen diferentes respecto a la adolescencia y la adultez: por un lado, los ataques no tienen el mismo carácter inesperado, de forma que dependen de claves externas más que interoceptivas; y, además, las interpretaciones de las sensaciones no son eminentemente catastróficas, sino que la propia falta de recursos para interpretarlos podría desencadenar el pánico (Mattis y Ollendick, 1997).

3.2.4. Obsesiones

Del mismo modo que el pánico parece resultar de una malinterpretación de las señales de ansiedad, la angustia obsesiva deriva de una interpretación catastrófica de ciertas ideas o imágenes mentales (Rachman, 1997). La teoría sugiere que la interpretación de la ocurrencia y el contenido de dichas ideas o imágenes intrusivas indican una exacerbación de la responsabilidad personal. Este modelo, que ha sido ampliamente estudiado en población adulta, apenas ha sido objeto de investigación en niños y adolescentes. Los escasos estudios al respecto señalan que funciona de forma similar; no obstante, los procesos cognitivos que sustentan el modelo (especialmente la evaluación sesgada de amenaza y la fusión entre actos y pensamientos) podrían no ser específicos de las obsesiones, sino que estarían en la base de un amplio rango de problemas ansiosos infantiles (Turner, 2006).

3.2.5. Estrés, traumas y apego en la infancia

A pesar de que los trastornos infantiles relacionados con el estrés y el apego se explican de forma más amplia en otro capítulo, hay que mencionar varias cuestiones, ya que la principal manifestación del estrés es la ansiedad. El estrés es un proceso universal y complejo que también afecta a la infancia y la adolescencia. La respuesta de estrés en el niño puede ser parecida a la de un adulto, generándose bien por un estresor intenso o una acumulación de estresores de baja intensidad y larga duración (Toledo, Barreto y Ferrero, 1998).

La descripción del proceso de estrés propuesta por Lazarus y Folkman (1994) es en la actualidad la más reconocida (figura 8.1), señalando que el estrés psicológico es el resultado de una relación entre el entorno y el sujeto, el cual evalúa las demandas de la situación como amenazantes o desbordantes en relación a sus recursos y que ponen en peligro su bienestar o su integridad psíquica. Así, los efectos del estrés dependen de la naturaleza del estresor y de la interpretación que el niño realiza de la situación. Esta interpretación depende a su vez de la madurez cognitivo-afectiva del niño, así como de otras características personales, como el temperamento, el patrón de apego, la edad, el género y el apoyo social, entre otras (Toledo, Barreto y Ferrero, 1998). Especialmente importantes son, además, las estrategias de afrontamiento empleadas, que son objeto de abundante investigación y se han relacionado con el desarrollo de los trastornos de ansiedad (Essau, Conradt, Sasagawa y Ollendick, 2012). Concretamente, el estilo evitativo es el que parece producir mayores incrementos en la respuesta de estrés infantil.



Figura 8.1.—Proceso de estrés (Lazarus y Folkman, 1994).

Los estresores infantiles pueden ser evolutivos (propios de la edad y las demandas del desarrollo psico-social) o traumáticos, y suelen relacionarse con el propio entorno familiar (por ejemplo, separación de los padres, abandono, abuso, fallecimiento de un familiar, cambio de domicilio), escolar (por ejemplo, fracaso escolar, acoso, inadaptación, repetir curso, cambio de centro) o social (por ejemplo, pérdida de un amigo, relaciones con el otro sexo). Igual que en los adultos, la etiología de los trastornos de estrés y adaptativos se sitúa en la sensación de sentirse desbordado psicológicamente por las demandas de la situación, a la que no puede hacer frente con los recursos que estima disponibles. Obviamente, en este tipo de situaciones la actitud y el apoyo de los adultos es de importancia fundamental, ya que el niño puede realmente no tener la complejidad mental necesaria para el afrontamiento. Especialmente nocivos son los efectos del trauma que se relaciona con experiencias de negligencia y abuso físico o sexual (Toledo, Barreto y Ferrero, 1998). Además, las reacciones de estrés que produce este tipo de experiencias pueden exacerbarse por procesos de maltrato institucional o re-victimización (por ejemplo, cuando el niño tiene que contar varias veces la historia de abuso sin un tratamiento cuidadoso, cuando no es creído por los adultos o tiene que someterse a procesos judiciales en los que no es atendido adecuadamente).

4. EVALUACIÓN

Como regla general, a la hora de evaluar cualquier afección psicológica es necesario tomar datos de distintas fuentes de información (el niño y los padres o cuidadores, y a veces los profesores) y a través de diferentes métodos de recogida de información. En las tablas 8.10, 8.11 y 8.12 se presentan algunos instrumentos de evaluación útiles en el diagnóstico y tratamiento de la ansiedad infanto-juvenil. Los métodos esenciales son la entrevista y la aplicación de test psicométricos y proyectivos. Sólo se pueden afirmar los resultados respecto a un trastorno cuando todas las fuentes de evaluación contienen los criterios o parte de los criterios de diagnóstico de dicho trastorno. Es recomendable tomar varios tipos de test proyectivos para asegurar una correcta discriminación de los resultados. Nunca se debe diagnosticar a partir de una única fuente en un momento determinado, sino que es recomendable tomar datos en distintos momentos y con varios instrumentos técnicos.

TABLA 8.11
Instrumentos de evaluación infanto-juvenil para ansiedad y fobias

Instrumento	Autores	Año	Características
Autoinformes			
MASC (Evaluación multidimensional de ansiedad para niños).	March, Parker, Sullivan, Stalling y Conners.	1997	Autoinforme de 39 ítems para niños de 8 a 16 años.
STAI-C (Inventario de ansiedad estado-rasgo para niños).	Spielberger.	1973	40 ítems con 3 alternativas. Para niños de 9 a 15 años.
CAS (Cuestionario de ansiedad infantil).	J. S. Gillis (Adaptado por Gómez y Pulido, 1999).	1997	Autoinforme de 20 ítems aplicable entre 6 y 8 años.
SPAI (Inventario de ansiedad y fobia social).	Turner, Baidel, Danku y Stanley.	1989	45 ítems con escala de Likert de 7 puntos. Para niños y adolescentes.
SASC-R (Escala de ansiedad social para niños-revisada).	La Greca y Stone (Adaptado por Sandín, 1997).	1993	18 ítems con escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos. Para niños entre 7 y 12 años.
SAS-A (Escala de ansiedad social para adolescentes).	La Greca y López.	1998	Versión de la escala SAS para adolescentes (13 a 18 años).
SPAI-C (Inventario para ansiedad y fobia social para niños).	Beider, Turner y Morris.	1995	26 ítems de escala de Likert de 3 puntos para niños entre 8 y 13 años.
EDAS (Escala de detección de la ansiedad social).	Olivares y Garcia-López.	1998	10 ítems con respuesta Likert de cinco puntos. Para adolescentes (13-18 años).
LSAS-CA (Escala de ansiedad social de Liebowitz para niños y adolescentes).	Masia-Warner, Klein y Liebowitz.	2002	24 ítems con doble respuesta (grado de miedo y grado de evitación) tipo Likert de 4 puntos. Para niños y adolescentes.
EAESSA (Escala de ansiedad y evitación de situaciones sociales para adolescentes).	Cunha, Pinto-Gouveia, Salvador y Alegre.	2004	4 ítems de escala Likert de cinco puntos con dos subescalas: evitación y ansiedad. Para adolescentes (13-18 años).
SSPS (Cuestionario de autoverbalizaciones durante la situación de hablar en público).	Hoffman y Di Bartolo (Adaptado por Rivero, Hofmann y García-López, 2008).	2000	Evalúa las autoafirmaciones y el grado de malestar experimentado cuando habla en público. 10 ítems, formato de respuesta tipo Likert de 6 puntos. Para adolescentes y adultos.
CEDIA (Cuestionario de evaluación de dificultades interpersonales en la adolescencia).	Inglés, Hidalgo y Méndez.	2005	36 ítems con escala Likert de 5 puntos para adolescentes entre 12 y 18 años.
Entrevistas			
K-SADS-PL (Entrevista para los trastornos afectivos y la	Kaufman.	1997	Mide episodios actuales y pasados de 33 trastornos mentales.

esquizofrenia para niños a lo largo de la vida).			
ADIS-C (Anxiety Disorder Interview Schedule for Children).	Silverman y Albano.	1997	Entrevista semiestructurada para la evaluación de los trastornos de ansiedad en población infanto-juvenil. Tiene un formato para padres.

TABLA 8.12
Tests proyectivos para la evaluación infanto-juvenil

Instrumento	Autores	Año	Características
Test proyectivos			
Test de la persona bajo la lluvia.	Querol y Chavez Paz.	2005	Consigna: «Dibuja a una persona bajo la lluvia». Se analiza la figura humana y se añade la lluvia como un elemento estresante que representa las tensiones en el ambiente. La presencia o falta de los elementos de protección describen los mecanismos de defensa del sujeto.
Test guestáltico viso-motor.	Bender.	1938	Consiste en copiar 9 tarjetas con dibujos abstractos. Según diferentes criterios de corrección se puede detectar tanto problemas neurológicos como la perturbación emocional, aunque es necesaria la complementación de otras medidas. Se puede aplicar desde los 4 años.
HTP-Test de la casa, persona y árbol.	Buck y Warren.	1947	La consigna es dibujar una casa, un árbol y una persona en diferentes hojas. Es aplicable a cualquier edad en que el dibujo sea interpretable, desde los 5 años aproximadamente, si bien funciona mejor con niños a partir de los 8 años de edad. Aunque no es un test específico para la ansiedad, es útil en la detección de conflictos personales y familiares, así como aspectos problemáticos de la relación del niño con el mundo.
Test de la familia.	Corman.	1961	Existen diferentes versiones de este test, aunque la de Corman es la más utilizada. Lo más interesante del test de la familia es que nos da una idea rápida de cómo funciona el sistema familiar en la mente del niño, descubriendo las figuras de apego principales y los posibles rechazos o conflictos con dichas figuras.
Test de los colores.	Lüscher.	1977	Test de asociación basado en elegir ordenadamente ocho tarjetas de colores según la preferencia del momento. De base psicoanalítica, nos da información sobre los aspectos motivacionales conscientes e inconscientes.

Complementar la evaluación psicométrica con tests proyectivos es fundamental, porque estos últimos nos permiten evaluar aspectos de los que el niño (y a veces los padres) no son conscientes o no son capaces de verbalizar. Conviene atender tanto a los aspectos conductuales de la prueba (aceptación o resistencia frente a la tarea, verbalizaciones del niño, dificultad, entre otras) como a los aspectos propios del test (características del grafismo en el caso de los tests cuya tarea básica es dibujar). En la evaluación infanto-juvenil, las principales fuentes de evaluación son el propio niño y los cuidadores o padres. Hay que recalcar la dificultad de evaluar la presencia de los trastornos de ansiedad en niños debido a que los más pequeños no saben expresar de forma adecuada lo que les sucede, y los más mayores a veces tienden a ocultar y minimizar sus sentimientos. El papel del pediatra en esta

primera fase de diagnóstico es fundamental, ya que es necesario descartar cualquier problema físico que pueda causar ansiedad, como algunas afecciones del corazón, y que pueden ser confundidas fácilmente. La evaluación toma en cuenta a la persona globalmente, desde una perspectiva bio-psico-social, recogiendo información referente a aspectos personales, sociales, familiares, escolares y sanitarios. Concretamente, en la entrevista con los padres hay que explorar los siguientes aspectos: antecedentes del embarazo y parto, antecedentes familiares, desarrollo cognitivo y socio-afectivo del niño, las respuestas del niño ante la separación en los primeros años, la adaptación escolar, la presencia y superación de los miedos infantiles evolutivos, características de la personalidad (si es excesivamente responsable o rígido, muy inseguro, introvertido, entre otras), síntomas experimentados (describiendo edad, duración, curso, frecuencia, si son de naturaleza episódica o mantenida, si hubo remisión y a qué la atribuyen, impacto en la vida diaria...), estilos de afrontamiento ante la ansiedad (qué hacen, piensan y sienten los padres, y lo que hace, dice, piensa y siente el niño según su percepción), normas y funcionamiento familiar, y estilos educativos de los padres y el tipo de apego.

Con el niño se exploran también todos los ámbitos anteriormente mencionados, salvo los referentes al nacimiento, mirando las coincidencias y discrepancias entre los relatos, ya que puede haber distorsiones cognitivas o percepciones diferentes (Mardomingo, 2001).

5. TRATAMIENTO

El tratamiento elegido depende en gran medida de la orientación terapéutica del clínico, además de los síntomas presentes y otras características del niño y su entorno. En la actualidad existen tratamientos para los trastornos de ansiedad cuya eficacia ha podido ser empíricamente validada (Pérez, 2006). No obstante, otras técnicas no susceptibles de validación empírica también pueden ser efectivas. Los padres juegan un papel primordial, no sólo en la evaluación del problema sino también en el mismo proceso de tratamiento, por lo que es muy probable que haya que hacer sesiones con los padres (juntos y/o de forma individual) y sesiones familiares, de forma paralela a las sesiones individuales con el niño. Generalmente, en el tratamiento habrá que trabajar en diferenciar el yo del niño en el enredo triangular familiar (a veces multigeneracional).

En la actualidad, se consideran tratamiento de elección para la ansiedad las técnicas cognitivo-conductuales, como apoyan diferentes estudios (Pérez, 2006; Reynolds, Wilson, Austin y Hoper, 2012). En líneas generales, los componentes de un paquete de terapia cognitivo-conductual serán (Kendall, 2012):

— Técnicas de relajación y respiración.
— Exposición o toma de contacto continuada y progresiva con las situaciones ansiógenas o estresantes, incluyendo la desensibilización sistemática.

— Modelado y entrenamiento en habilidades sociales.
— Condicionamiento operante.
— Reestructuración cognitiva, modificando autocríticas, expectativas negativas, pensamiento inmaduro o no objetivo y los déficits cognitivos al emplear estrategias cognitivas inadecuadas al enfrentarse con las demandas del entorno.
— Estrategias para la solución de problemas.

Hay que considerar la edad del niño y adaptar los procedimientos a su nivel cognitivo siempre que se quieran emplear este tipo de técnicas, que, por lo demás, no difieren en esencia del tratamiento para adultos (Kendall, 2012). Así, en los casos en que la evitación juegue un papel fundamental en el mantenimiento del trastorno (como es el caso de los miedos, las fobias o el TOC), la terapéutica siempre incluirá un elemento de exposición al objeto temido —exposición con prevención de respuesta en el caso del TOC (Turner, 2006)—. En este sentido, es importante señalar la necesidad de graduar la ansiedad que provoca la exposición, para no favorecer el efecto contrario, esto es, la sensibilización al estímulo ansiógeno.

En la práctica clínica con niños y adolescentes también es muy importante incluir elementos más centrados en la emoción, ya que muchos programas de tratamiento enfatizan la resolución de problemas mediante la adaptación a situaciones externas o el cambio de hábitos disfuncionales de pensamiento, pero muchos niños encuentran sus mayores problemas no en las circunstancias o los pensamientos distorsionados, sino en el manejo de emociones contradictorias, ambivalentes o demasiado intensas (Southam-Gerow y Kendall, 2002). Así, es recomendable la integración de diferentes técnicas que permitan al niño afrontar su problemática en diferentes niveles. Para ello, otras técnicas que pueden ser de utilidad son:

— La autohipnosis y otros procedimientos de autorregulación basados en la sugestión, que aprovecha las características psico-biológicas del niño y su sugestionabilidad, para ayudar a estabilizar estados de ánimo.
— Técnicas de la vertiente humanista, más vivenciales y dinámicas, como la silla vacía y los trabajos de manualidades en forma de dibujos o con plastilina, que ayudan al niño a expresar y simbolizar emociones que le sería difícil expresar de otra manera.
— Las secuencias de juego, los dibujos y los relatos, que podrían tratarse como equivalentes a las asociaciones libres de los adultos, que emplea la terapia psicoanalítica. Desde esta orientación, la situación terapéutica tiene que ser adaptada al lenguaje del niño, conservando el establecimiento de una relación transferencial.

En cualquier terapia, y más en la infanto-juvenil, el énfasis debe ponerse en la calidad del vínculo entre el terapeuta y el niño, y no tanto en la técnica. Los niños con síntomas ansiosos destacan por su intensa vulnerabilidad, por lo que necesitan disfrutar de un lugar seguro y cálido para poder avanzar y superar los miedos e inseguridades. Antes de emplear cualquier técnica, hay que asegurar este vínculo afectivo con el niño y, por tanto, partir de la premisa de

que el niño tiene la capacidad de superar el trastorno siempre y cuando pueda actuar dentro de un entorno seguro, donde se perciba autoeficaz y con sensación de control sobre la realidad. Una vez lograda esta percepción será más fácil el aprendizaje y la generalización de dicho aprendizaje a distintos ambientes de la vida cotidiana, ya fuera de la consulta. Para crear este entorno seguro y afectivamente cálido, lo que suele prevalecer es el juego simbólico sesión tras sesión, siguiendo el ritmo de cada niño y sin querer lograr resultados terapéuticos rápidos. No podemos olvidar que detrás de cada síntoma (por muy uniforme que sea para la población afectada) hay unos pensamientos, sentimientos, cogniciones, interpretaciones y experiencias vitales únicas de la persona, que sólo podemos comprender con esa persona. Por todo ello, la terapia sólo puede cobrar sentido si atendemos primero a la persona y luego a su sintomatología.

6. CONCLUSIONES

Los estudios centrados en población infanto-juvenil son menos numerosos que los centrados en adultos; no obstante, se sabe que la ansiedad en esta etapa de la vida es un importante asunto de salud por su incidencia y sus efectos en el desarrollo. Así, la psicología cuenta con un extenso campo de conocimientos, cuyos principales temas se han querido presentar en este capítulo.

El capítulo se inicia con cuestiones clásicas, como la distinción entre angustia, miedo y ansiedad, que, a pesar de su relevancia, no son objeto de investigación actual y parecen obviarse en la práctica clínica. En cuanto a la epidemiología y la fenomenología de los trastornos ansiosos, la principal dificultad no estriba tanto en la escasez de estudios, sino en su heterogeneidad. Es difícil investigar cuando el objeto de estudio son los seres humanos, más si son niños, y a estas dificultades se añaden las diferencias metodológicas que afectan a los diagnósticos empleados y, por ello, a las cifras de incidencia observadas. Asimismo, cada persona vive sus síntomas de una forma inevitablemente personal, por lo que siempre va a existir cierta distancia entre la investigación y el conocimiento aplicado.

Del mismo modo, existen muchos paquetes y programas de tratamiento estructurados, que actualmente son objeto de validación empírica. Sin embargo, la realidad clínica es mucho más heterogénea. Tener un niño/a en terapia significa tener todo un sistema familiar con sus reglas, costumbres e historia vital. Por ello pensamos que es imprescindible estar al tanto de los últimos avances en investigación, así como atender a las personas que tenemos enfrente. Es su experiencia la que guía el tratamiento, y no al revés. Así, en el apartado dedicado a la evaluación y tratamiento se han querido enfatizar estos aspectos, sin dejar de lado las consideraciones generales que deben seguirse a la hora de la práctica. Creemos que saltar el vacío entre la investigación y la ciencia aplicada es tarea de todo clínico, y que en ese salto la prioridad es siempre hacia las personas que vienen en busca de ayuda y alivio para su sufrimiento.

7. CASO CLÍNICO

Motivo de consulta

Paciente de ocho años de edad, con síntomas ansiosos. La evaluación incluye:

— Entrevista semi-estructurada de valoración individual a la progenitora, al menor y al padrastro, ya que el padre biológico no accede.
— Pruebas de evaluación al menor: TAMAI, Test del dibujo de la familia, Test guestáltico viso-motor de Bender y Test de la persona bajo la lluvia.

Historia clínica y de vida

El menor acude a ver a su padre en un PEF (punto de encuentro familiar), medida cautelar interpuesta por los juzgados por presuntos malos tratos físicos del progenitor, que se remontan a cuando el menor tenía 3 años, por lo que lleva viendo a su padre en un PEF desde hace 5 años, tiempo dilatado por la espera del juicio. Durante este tiempo el menor ha pasado por varias fases. Al principio iba contento y sin problemas por ver a su padre. Cuando el padre ingresa a prisión por otros delitos se suspenden las visitas durante más de seis meses y sin darle explicaciones al menor. Al reanudar las visitas, el menor empieza tener conductas de rechazo tanto hacia el padre como hacia la situación. El progenitor obtiene una sentencia absolutoria sobre los presuntos malos tratos físicos, pero el rechazo por parte del menor es cada vez más intenso, mostrando llanto persistente, desconfianza generalizada y múltiples miedos, que se manifiestan incluso estando en casa (miedo a su perro, miedo a la oscuridad, a que alguien les haga daño a él o a su madre, entre otras). Dado el intenso rechazo del menor por las visitas quincenales en el PEF, el equipo técnico empieza a utilizar coacciones y chantaje hacia al menor para que éste acceda a estas visitas. El desajuste del menor crece cada vez más, llegando incluso a autolesionarse. Además, presenta otros síntomas, como problemas de sueño, dolores de cabeza, malestar estomacal y sentimientos de intensa angustia.

Tratamiento

Dado el desajuste psicológico del menor, se inicia terapia individual con el objetivo de ofrecer al niño un espacio donde expresar sus emociones y aprender formas de encauzarlas de manera más ajustada. Se complementan las sesiones individuales con sesiones con los padres, para trabajar en el vínculo, el cuidado y el apoyo emocional. Se considera que el niño necesita sentirse escuchado y protegido, por lo que se le anima a dirigir su propio proceso terapéutico, centrándose en los temas que más le interesa trabajar en ese momento. Dada la edad del niño, casi todo el trabajo se realiza a través del juego y otras técnicas simbólicas, como el dibujo y los relatos. Tras seis meses de terapia, los síntomas han remitido y el niño empieza a mostrar conductas más ajustadas tanto en casa como en el colegio. Ha podido ir enfrentándose a sus

miedos, y el rechazo que sentía por el padre ha evolucionado de forma que, aunque sigue sin querer que forme parte de su vida, ya no niega la realidad de que es su padre y que tendrá que verlo en algunas ocasiones. De acuerdo con el niño, se establecen sesiones quincenales, en lugar de semanales, para seguir trabajando con el vínculo paterno, que parece ser el núcleo del problema y lo que aparece de forma más temprana en su historia de vida. Conforme avanza la terapia y el niño sigue desarrollándose, se integran en la terapia técnicas que requieren mayor complejidad mental, como la reestructuración cognitiva.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN (Descargar o imprimir)

1. Elige la opción correcta: ¿Hasta qué edad se puede considerar normal un miedo intenso ante la separación de la figura de apego?

   a) La ansiedad ante la separación es un problema que hay que tratar a cualquier edad y que no se puede considerar normal en el niño.
   b) Hasta los 6-7 años es algo normal, por la incorporación al mundo académico que requiere su adaptación.
   c) La ansiedad de separación suele aparecer alrededor de los 8 meses de edad y remite paulatinamente, desapareciendo alrededor de los 18 meses.

2. ¿Cuál es la diferencia entre un miedo evolutivo y un miedo patológico?

   a) El miedo evolutivo surge a lo largo de las diferentes etapas del desarrollo, como algo propio del mismo, y desaparece al entrar en la siguiente etapa, sin causar limitaciones en la vida cotidiana del menor.
   b) No hay ninguna diferencia desde el punto de vista clínico y hay que tratar el miedo en los dos casos.
   c) La diferencia está en el abordaje terapéutico, ya que mientras el miedo evolutivo se trata con psicoterapia, el miedo patológico requiere también tratamiento farmacológico.

3. ¿Cuál es la diferencia entre un trastorno de ansiedad de separación y el rechazo escolar?

   a) No son diagnósticos diferentes, ya que el trastorno de ansiedad de separación incluye la fobia escolar.
   b) La fobia escolar se limita a un rechazo persistente hacia el colegio, mientras que no existe rechazo a separarse de los padres en otros contextos de la vida.
   c) La diferencia entre los dos trastornos es el criterio de la edad y la duración, ya que una fobia escolar en niños mayores de 7 años con una duración mayor de 6 meses

recibe el diagnóstico de trastorno de ansiedad ante la separación.

4. ¿Qué tests proyectivos pueden emplearse en la evaluación y diagnóstico infanto-juvenil?

   a) Para la ansiedad infantil no es recomendable utilizar ningún test proyectivo, ya que no da información precisa sobre el foco de la ansiedad.
   b) El test guestáltico viso-motor y la persona bajo la lluvia son instrumentos idóneos para evaluar la ansiedad, los mecanismos de defensa y los problemas de madurez y autoconcepto.
   c) Cualquier test proyectivo daría una información fiable sobre los problemas y ansiedad del niño.

5. ¿Cuál es la diferencia entre un trastorno obsesivo-compulsivo y un trastorno por tics y movimientos estereotipados?

   a) La principal diferencia es el propósito de reducir la ansiedad, ya que mientras en el TOC el sujeto repite comportamientos (compulsiones) con el fin de eliminar la obsesión, en el caso de los tics no hay una clara obsesión y son menos complejos a nivel cognitivo.
   b) La diferencia está en la duración y gravedad, ya que un trastorno por tics, si dura más de 6 meses, automáticamente recibe el diagnóstico de TOC.
   c) En la población infantil no hay diferencia a nivel diagnóstico, ya que en el DSM-5 se fusionaron los dos trastornos, incluyendo los tics como un criterio necesario para diagnosticar el TOC, evitando así los falsos TOC en la población infantil.

Respuestas correctas

1	2	3	4	5
b)	*a*)	*b*)	*b*)	*a*)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ainsworth, M. (1973). The development of infant-mother attachment. En B. Caldwell y H. Ricciuti (eds.), *Review of child development research*, vol. 3. Chicago: University of Chicago Press.

Aláez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y género. *Psicothema, 12*, 525-532.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5.ª ed.). Washington, DC: Author.

Bandura, A. (1969). *Principles of Behavior Modification*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.

Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T. y Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: A systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine, 43*, 897-910.

Beidel, D. C. y Alfano, C. A. (2011). *Child Anxiety Disorders: A Guide to Research and Treatment.* Nueva York: Routledge.

Berger, K. S. (2006). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss: Volume 1: Attachment. *The International Psycho-Analytical Library, 79*, 1-401. Londres: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
Buitelaar, J. K., Huizink, A. C., Mulder, E. J., Robles, P. G. y Visser, G. H. A. (2003). Prenatal stress and cognitive development and temperament in infants. *Neurobiology of Aging, 4*, 53-60.
Cartwright-Hatton, S., McNicol, K. y Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review, 26*, 817-833.
Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy, 24*(4), 461-470.
Clarke, A. S., Wittwer, D. J., Abbott, D. H. y Schneider, M. L. (1994). Long term effects of prenatal stress on HPA axis activity in juvenile rhesus monkeys. *Developmental Psychobiology, 227*, 257-269.
Costello, E. J., Egger, H. L., Copeland, W., Erkanli, A. y Angold, A. (2011). The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence, and comorbidity. En W. K. Silverman y A. Field (eds.), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*, pp. 56-75. Nueva York: Cambridge University Press.
Di Pietro, J. A., Hodgson, D. M., Costigan, K. A. y Johnson, T. R. (1996). Fetal antecedents of infant temperament. *Child Development, 67*, 2568-2583.
Echeburúa, E. y Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
Essau, C. A., Conradt, J., Sasagawa, S. y Ollendick, T. H. (2012). Prevention of anxiety symptoms in children: Results from a universal school-based trial. *Behavior Therapy, 43*(2), 450-464.
Hansen, D., Lou, H. C. y Olsen, J. (2000). Serious life events and congenital malformations: A national study with complete follow-up. *Lancet, 356*, 875-880.
Kendall, P. C. (2012). *Child and Adolescent Therapy, Fourth Edition: Cognitive-Behavioral Procedures*. Nueva York: The Guilford Press.
Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca.
Mattis, S. G. y Ollendick, T. H. (1997). Panic in Children and Adolescents. En *Advances in Clinical Child Psychology* (pp. 27-74). Springer US.
Marans, S. (1989). Psychoanalytic psychotherapy with children: Current research trends and challenges. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28*(5), 669-674.
Marques, L., Robinaugh, D. J., LeBlanc, N. J. y Hinton, D. (2011). Cross-cultural variations in the prevalence and presentation of anxiety disorders. *Expert Reviews in Neurotherapy, 11*(2), 313-322.
Martini, R. (1995). Common anxiety disorders in children and adolescents. *Current Problems in Pediatrics, 25*, 271-280.
Mowrer, O. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review, 46*, 553-565.
Murray, L., Creswell, C. y Cooper, P. J. (2009). The development of anxiety disorders in childhood: An integrative review. *Psychological Medicine, 39*, 1413-1423.
Navarro-Pardo, E., Moral, J. C. M., Galán, A. S. y Beitia, M. D. S. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema, 24*(3), 377-383.
Pérez, M. (2006). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces (Tomo III): infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy, 35*(9), 793-802.
Rapee, R. M., Schniering, C. A. y Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*, 311-341.
Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J. y Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. C*linical Psychology Review, 32*, 251-562.
Southam-Gerow, M. A. y Kendall, P. C. (2002). Emotion regulation and understanding: Implications for child psychopathology and therapy. *Clinical Psychology Review, 22*(2), 189-222.
Toledo, M., Barreto, P. y Ferrero, J. (1998). Estrés en la infancia y adolescencia. En R. González-Barrón (comp.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 199-228). Madrid: Pirámide.
Toledo, M., Ferrero, J. y Barreto, P. (1998). Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. En R. González-Barrón (comp.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 157-198). Madrid: Pirámide.
Trujillo, M. L. y Martín, S. (2010). *Desarrollo socio-afectivo*. Madrid: Editex.
Turner, C. M. (2006). Cognitive-behavioural theory and therapy for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review, 26*(7), 912-938.
Valiente, R. M., Sandín, B. y Chorot, P. (2003). *Miedos en la infancia y la adolescencia*. Madrid: UNED.
Van den Bergh, B., Mulder, E., Mennes, M. y Glover, V. (2005). Ante-natal maternal anxiety and stress and the neuro-behavioural development of the fetus and child: Links and possible mechanisms. A review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 29*(2), 237-258.
Van den Bergh, B., Mennes, M., Oosterlaan, J., Stevens, V., Stiers, P. , Marcoen, A. y Lagae, L. (2005). High ante-natal

maternal anxiety is related to impulsivity during performance on cognitive tasks in 14-and 15-year-olds. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 29*(2), 259-269.

9

Traumas y estresores: repercusiones psicopatológicas en niños y adolescentes

MARÍA FORNS
LAIA SOLER

OBJETIVOS DEL CAPÍTULO

El objetivo de este capítulo es presentar las repercusiones clínicas vinculadas a la vivencia de acontecimientos o situaciones que generan estrés y traumas en niños y adolescentes. El capítulo se organiza en torno a tres elementos: los aspectos conceptuales, la evaluación y diagnóstico y el tratamiento.

En primer lugar, referido a aspectos conceptuales, se presenta una definición sobre tipos de traumas y factores de estrés, se profundiza en la epidemiologia a ellos vinculada (violencia interpersonal, adversidades/catástrofes y estresores de la vida cotidiana), se expone la sintomatología y los trastornos relacionados vinculados al trauma y a los estresores, con énfasis específico en las alteraciones sintomatológicas del trauma complejo en la infancia, y se ofrecen algunos modelos psicológicos explicativos de la relación entre estresores y salud mental (modelos genéricos transaccionales; el modelo basado en la teoría del apego, que permite entender la gravedad del trauma en las primeras edades, y el modelo biológico, que aporta luz sobre las modificaciones fisiológicas vinculadas a la vivencia traumática).

En segundo lugar se presentan diversas medidas para la evaluación y diagnóstico de los acontecimientos traumáticos y de su impacto psicopatológico. Las pruebas disponibles son múltiples; por ello se ha realizado una selección que ilustra los distintos tipos de medida.

En tercer lugar se exponen distintos tipos de tratamientos para los síntomas relacionados con la vivencia de experiencias traumáticas: el tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma, el tratamiento EMDR y la terapia basada en el vínculo. Los dos primeros son reconocidos como eficaces para el tratamiento del estrés post-traumático, y la última tiene un amplio uso en el tratamiento de traumas y estresores infantiles.

1. DEFINICIÓN Y TIPOS DE TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS

Un trauma psíquico es una herida o lesión psíquica que ocurre cuando una persona recibe un daño emocional intenso e inesperado, que excede las capacidades mentales del sujeto para hacerle frente y provoca interferencias negativas en su vida cotidiana (Echeburúa y Amor, 2014; Klain y White, 2013).

A pesar de que el trauma viene definido por la respuesta traumática, más que por el suceso traumático en sí mismo, se ha diferenciado entre diferentes tipos de trauma. Se conoce como *trauma agudo o trauma simple* la exposición a una sola experiencia traumática vinculada a un lugar o momento determinados (Chapman, 2014; Klain y White, 2013). Este tipo de trauma comúnmente resulta de tres tipos de experiencias: *a*) traumas médicos, que incluyen situaciones como accidentes de tráfico, quemaduras o enfermedades graves; *b*) desastres naturales, como huracanes, terremotos o inundaciones; y *c*) desastres humanos, como actos de terrorismo, explosiones o accidentes nucleares (Chapman, 2014). Sin embargo, desafortunadamente, estudios recientes señalan que los individuos raramente se ven expuestos a una única experiencia traumática, sino más frecuentemente a una repetición o acumulación de experiencias traumáticas (Finkelhor, Turner, Ormrod y Hamby, 2009; Soler, Forns, Kirchner y Segura, 2015). La vivencia de una experiencia traumática de forma sostenida (por ejemplo exposición a violencia familiar o sexual de manera prolongada) es conocida como *trauma crónico* (Klain y White, 2013), mientras que la exposición a múltiples experiencias traumáticas, que suelen ser complicadas e insidiosas, se conoce como *trauma complejo* (Courtois, 2008; Cook et al., 2005), o también como poli-victimización (Finkelhor, Ormrod, Turner y Hamby, 2005). En función del agente implicado en la producción del trauma (natural vs. personal), así como de su intencionalidad (lesiva vs. accidental), también se puede distinguir entre *catástrofes y/o adversidades* y *victimizaciones interpersonales*. Las *catástrofes o adversidades* se refieren a acontecimientos únicos o sucesivos, de causa humana o natural, que conducen a las personas a sufrir estrés, tales como inundaciones, huracanes, incendios, alteración en los sistemas de apoyo social por cambios laborales o de residencia, insatisfacción de las necesidades humanas básicas, enfermedades, etc. (Becker-Blease, Turner y Finkelhor, 2010). Las *victimizaciones interpersonales* se refieren a aquellas experiencias dañinas que ocurren a consecuencia del comportamiento de un individuo que actúa violando las normas sociales (Finkelhor, 2007). Ejemplos de ellas son el maltrato infantil, la violencia sexual o la violencia familiar, entre otras.

Finalmente, cabe destacar otros *factores de estrés o estresores propios de la vida cotidiana* que, a pesar de ser más comunes, no deben ser obviados como potenciales fuentes

de malestar psicológico. Pueden ser fuente de estrés determinadas situaciones socio-familiares (por ejemplo, ser miembro de una familia numerosa, el nacimiento de un hermano, una situación de precariedad económica, la pérdida de un progenitor, tener una nueva figura parental, vivir en un entorno social conflictivo, un cambio de residencia, etc.), situaciones socio-laborales o académicas (por ejemplo, alta exigencia y competitividad académica, fracaso escolar, etc.) o las propias tareas del desarrollo, tanto en etapas infanto-juveniles (por ejemplo, inicio de la escolarización, cambios de etapa educativa, reestructuración de la identidad, elección de estudios, etc.) como en las diversas transiciones vitales (desapego/separación de la familia en la adolescencia, establecimiento de nuevas relaciones extra-familiares, embarazo, nuevas cargas sociales, etc.). Cuando un individuo vive estas situaciones como difíciles de manejar y considera que las exigencias de afrontarlas superan a sus recursos y capacidades de respuesta, tales situaciones se constituyen en una importante fuente de estrés, y pueden tener tanto impacto en la salud mental como los acontecimientos vitales más severos. De hecho, los problemas vitales considerados como estresantes y difíciles de afrontar tienen algunas características comunes básicas, entre las que cabe destacar la falta de experiencia sobre el evento, la imprevisibilidad de ocurrencia, la vivencia del problema como una amenaza, el no haber tenido tiempo de prepararse para afrontar el evento y el reconocimiento de la causación atribuida a otros, con la consiguiente falta de control sobre el problema (Moos, 1993; Forns, Kirchner, Amador y Martorell, 2006).

1.1. Epidemiología

Se estima que, cada año, un elevado porcentaje de sujetos experimentan algún suceso traumático extremo (Perry, 2007). Algunos de ellos desarrollarán algún problema neuropsiquiátrico crónico que puede afectar significativamente a su funcionamiento emocional, académico y social; otros desarrollarán un trastorno por estrés post-traumático. A continuación se exponen algunos datos epidemiológicos sobre victimizaciones, catástrofes/adversidades y estresores de la vida cotidiana.

1.1.1. Victimización interpersonal

La exposición de los niños a estresores de tipo interpersonal es tan común que algunos autores la han definido como «epidemia silenciosa» (Kaffman, 2009). De hecho, la mayor parte de estudios que intentan establecer el alcance de la victimización infantil se han centrado en aquellos casos registrados en los servicios de protección al menor, por lo que los casos estimados únicamente representan la punta del iceberg. Ejemplo de ello es un estudio llevado a cabo por el Centro Reina Sofía (Sanmartín, 2011) en el cual se estimaba que un 7,16 por 100 por cada diez mil niños españoles habían sido víctimas de maltrato infantil familiar. Entre los 0 y 7 años el mayor porcentaje de casos corresponde al maltrato físico (59,68 por 100 de las

víctimas), seguido de negligencia (37,10 por 100), maltrato psicológico (17,74 por 100) y abuso sexual (4,84 por 100). Entre los 8 y los 11 años el mayor porcentaje se halla en maltrato físico (60 por 100) y el abuso sexual se ha incrementado hasta el 33,33 por 100. Entre los 12 y 17 años los maltratos físicos y psicológicos son los más prevalentes (54,55 por 100 en cada caso), seguido del abuso sexual (13,64 por 100) y de la negligencia (9,09 por 100). En muestras comunitarias de adolescentes se ha hallado que hasta un 24,9 por 100 de chicos y un 48,9 por 100 de chicas adolescentes se han visto expuestos a algún tipo de maltrato infantil en el último año (Soler, Paretilla, Kirchner y Forns, 2012).

En Estados Unidos, Finkelhor, Turner, Shattuck y Hamby (2013) revelaron que el 48,4 por 100 de los adolescentes de una muestra comunitaria habían sido expuestos a más de un tipo de victimización interpersonal en el último año; un 15,1 por 100 a 6 o más victimizaciones, y un 4,9 por 100 a 10 o más. Este estudio empleó el Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ; Hamby, Finkelhor, Ormrod y Turner, 2004) para el análisis exhaustivo de la victimización interpersonal. El uso de este instrumento se ha expandido a diversos países, lo que permite establecer estudios comparativos. Así, por ejemplo, en China se observó que el 66,2 por 100 de los adolescentes comunitarios habían sido expuestos al menos a una forma de victimización interpersonal en el último año, y el 16,9 por 100 a cinco o más (Dong, Cao, Cheng, Cui y Li, 2013), mientras que en Finlandia se estimó que aproximadamente dos tercios de los adolescentes habían experimentado al menos un tipo de victimización, y el 9 por 100 cinco o más (Ellonen y Salmi, 2011). En Cataluña, se encontró que el 71,6 por 100 de los adolescentes habían sido expuestos a más de un tipo de victimización en el último año, el 31,7 por 100 a cinco o más, y el 5,1 por 100 a once o más (Soler et al., 2012).

En la tabla 9.1 se exponen los porcentajes de los diferentes tipos de victimización interpersonal encontrados entre una muestra de adolescentes españoles tanto comunitarios (Forns, Kirchner, Soler y Paretilla, 2013; Pereda, Guilera y Abad, 2014) como consultantes en servicios de asistencia clínica (Pereda, Abad y Guilera, 2014). Como puede observarse, los delitos comunes, la victimización por parte de iguales o de hermanos y la victimización indirecta son los más comunes.

TABLA 9.1
Prevalencia de los diferentes tipos de victimización en adolescentes catalanes comunitarios y consultantes, en el último año y durante toda la vida

	Forns et al., 2013		**Pereda, Guilera y Abad, 2014**		**Pereda, Abad y Guilera, 2014**
	13 a 18 años comunitarios		**12 a 17 años comunitarios**		**12 a 17 años consultantes**
	Último año	**Toda la vida**	**Último año**	**Toda la vida**	**Último año**
Delitos comunes	53,1 %	76,0 %	45,8 %	61,5 %	62,8 %

Victimización por los responsables cuidadores	30,7 %	40,3 %	18,1 %	25,3 %	33,8 %
Victimización por parte de iguales o hermanos	44,5 %	62,9 %	30,6 %	48,8 %	37,8 %
Victimización sexual	14,9 %	26,0 %	5,3 %	8,7 %	10,5 %
Testigo de violencia/victimización indirecta	61,5 %	74,4 %	32,1 %	48,9 %	55,4 %
Victimización por internet	—	—	8,9 %	12,6 %	16,9 %

Nota: Todos los porcentajes fueron obtenidos a partir de los resultados en el JVQ (Hamby et al., 2004).

1.1.2. Catástrofes y adversidades

En cuanto a la exposición a catástrofes y adversidades por parte de niños y adolescentes, estudios llevados a cabo a nivel mundial revelan diferentes datos de prevalencia. En Estados Unidos, por ejemplo, un 13,9 por 100 de niños y adolescentes manifestó haber vivido alguna catástrofe a lo largo de su vida, y un 4,1 por 100 en el último año. Un 24,6 por 100 afirmó haber vivido más de una catástrofe (Becker-Blease et al., 2010). En Suecia se estimó que un 2,8 por 100 de adolescentes había experimentado un desastre natural relacionado con un huracán, un tornado o una inundación; un 6 por 100 había estado en un incendio, y un 16,4 por 100 en un accidente de coche. Entre las adversidades más comunes destacaban la hospitalización de un familiar (experimentado por un 55,1 por 100 de adolescentes), ver como alguien sufre un daño (44,6 por 100) y la muerte de un familiar (23,2 por 100) (Nilson, Gustafson y Svedin, 2010).

Elkit y Petersen (2008) examinaron la exposición a acontecimientos traumáticos en adolescentes de cuatro países (Dinamarca, Islandia, Lituania e Islas Feroe), y encontraron que entre el 15,9 y el 27,1 por 100 había sufrido un accidente de tráfico; entre el 5,5 y el 11,9 por 100 había experimentado otros accidentes importantes; entre el 18,7 y el 26,4 por 100 habían estado a punto de ahogarse; entre el 24,2 y el 53,3 por 100 habían experimentado la muerte de alguien cercano, y entre el 3,3 y el 9,7 por 100 han visto a alguien dañarse o matarse.

1.1.3. Estresores de la vida cotidiana

Por lo que se refiere a los acontecimientos estresantes de la vida cotidiana, Forns et al. (2004) hallaron que los estresores más prevalentes en adolescentes españoles hacen referencia a problemas interpersonales de relación con compañeros, familia y/o pareja (15 por 100 de chicos y 26,5 por 100 de chicas), así como a problemas relacionados con el rendimiento escolar (14,6 por 100 de chicos y 7,9 por 100 de chicas). Oliva, Jiménez, Parra y Sánchez-Queija (2008) identificaron el traslado de clase (72,3 por 100), la muerte de un familiar

cercano (54,5 por 100) y la ruptura de la relación de pareja (45,5 por 100) como los eventos estresantes más frecuentes en adolescentes españoles. Identificaron también que los acontecimientos con mayor impacto eran el fallecimiento de un familiar, las discusiones y rupturas con los mejores amigos, la enfermedad de un familiar, el engaño o traición de la pareja y el haber sufrido acoso o abuso sexual. Por otro lado, Jiménez, Menéndez y Hidalgo (2008) hallaron que los acontecimientos estresantes más frecuentes son el cambio de compañeros (57,6 por 100), la muerte de un familiar (55,7 por 100) y la repetición de curso o el cambio de centro escolar (31,7 por 100).

En conclusión, los datos anteriormente citados indican la gran carga de victimizaciones, adversidades y estresores de la vida cotidiana a los que los adolescentes se ven expuestos. No obstante, y sin ánimo de minimizar la gravedad de algunos estresores, especialmente de las victimizaciones interpersonales, la teoría del estrés y el enfoque de la resiliencia permiten afirmar que no es el estresor en sí mismo, ni el estrés *per se*, lo que genera alteraciones psicopatológicas, sino la imposibilidad o las dificultades para afrontarlo de forma adecuada. Cuando el adolescente se ve expuesto a muchas victimizaciones distintas (poli-victimización), es decir, cuando la victimización se convierte más en una condición de vida que en un evento concreto (Finkelhor, 2007), los recursos para hacerle frente son más reducidos porque ésta proviene de múltiples contextos (por ejemplo familia, escuela y comunidad), por lo que incrementa la vulnerabilidad a sufrir consecuencias psicopatológicas.

1.2. Sintomatología y trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

1.2.1. Sintomatología

Los síntomas indicativos de desajuste psicológico vinculado al trauma y a los estresores son diversos. Síntomas como conductas de inhibición, aislamiento, retirada del afecto, ausencia de respuesta social, irritabilidad, tristeza, etc., expresan dificultades en el establecimiento del vínculo afectivo. Los síntomas que expresan conductas de desinhibición, atrevimiento exagerado, toma de riesgos, desvinculación del adulto, etc., expresan dificultades de establecimiento de la relación social.

La sintomatología referida a la vivencia de estrés post-traumática comprenden síntomas intrusivos de **reexperimentación** persistente del evento traumático (por ejemplo, mediante sueños, recuerdos, *flashbacks*), **evitación** persistente de los estímulos asociados con el trauma, **alteraciones negativas cognitivas y del ánimo** (incapacidad para recordar, percepción distorsionada, estado emocional negativo, etc.) y **alteraciones importantes de la alerta y la reactividad** (irritabilidad, hipervigilancia, respuesta de sobresalto, dificultades para conciliar o mantener el sueño, etc.). Además, en muchos casos la vivencia de estresores (traumáticos y no-traumáticos) se acompaña de ansiedad, depresión, distimia, fobia, pánico y obsesión-compulsión, entre otros.

De hecho, en los casos más graves puede presentarse un cuadro sintomático complejo que afecta a distintas esferas, tales como el desarrollo biológico (por ejemplo, somatizaciones, retraso de crecimiento, etc.), sensorio-motor, del lenguaje, de la cognición, de la regulación emocional y de la conducta, así como al establecimiento del vínculo, los estados de consciencia o los procesos de desarrollo de la autoimagen.

La agrupación de esta sintomatología en sus respectivas categorías psicopatológicas se expresa en el punto siguiente.

1.2.2. Trastornos psicopatológicos relacionados con traumas y factores de estrés según el DSM-5 y el DC: 0-3R.

El DSM-5 (APA, 2013) clasifica los trastornos relacionados con el trauma y los estresores de la siguiente manera:

El **trastorno de apego reactivo** [313.89 (F94.1)] se refiere a un patrón constante de conducta inhibida y emocionalmente retraída hacia los cuidadores (tendencia a no buscar consuelo y a no dejarse consolar), así como una persistente alteración social y emocional (mínima respuesta social y emocional hacia otras personas, afecto positivo limitado y episodios de irritabilidad, tristeza o miedo inexplicado, incluso en interacciones no amenazadoras con cuidadores adultos). Esta alteración es evidente antes de los 5 años de edad, en un niño de al menos 9 meses de desarrollo.

El **trastorno de la relación social desinhibida** [313.89 (F94.2)] se refiere a un patrón de conducta en el que el niño (de al menos 9 meses de desarrollo), en presencia de adultos no familiares, muestra reducción o ausencia de reticencia, realiza aproximaciones verbales o físicas excesivamente familiares, recurre escasamente al cuidador adulto después de una salida arriesgada, o muestra predisposición a irse con extraños sin vacilación. Dichas conductas no se explican únicamente por su impulsividad.

El trastorno reactivo del vínculo y el trastorno de relación social desinhibida tienen en común el evento traumático que consiste en la experimentación de un patrón extremo de insuficientes cuidados (negligencia, carencia social, falta persistente en la satisfacción de las necesidades emocionales básicas, cambios repetidos de cuidadores primarios que impiden el establecimiento de vínculos estables y selectivos, y educación en contextos que reducen la oportunidad de establecer un apego selectivo). La falta de cuidado es la responsable de la alteración.

El **trastorno de estrés post-traumático** TEPT [309.81 (F43.10)] y el **trastorno de estrés agudo** [308.3 (F43.0)] se refieren a la presencia de síntomas de diversa índole (intrusivos, de evitación, alteraciones de la cognición y el humor, disociativos y alteraciones de la activación y la reactividad) debidos a la vivencia de un evento traumático consistente en la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, de forma real o amenaza. La exposición a dicho evento puede tomar distintas formas: 1) experiencia directa; 2) presencia directa (ser testigo)

del suceso ocurrido a otros; 3) conocimiento de que el suceso ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo, y 4) exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del/de los suceso(s) traumático(s) (por ejemplo, socorristas que recogen restos humanos o policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil). Para cumplir criterios del DSM-5 los síntomas deben estar presentes durante más de un mes para el trastorno por estrés postraumático y de tres días a un mes para el trastorno por estrés agudo. En la tabla 9.2 se presentan de forma sucinta los síntomas para cada tipo de trastorno.

TABLA 9.2
Clústeres de síntomas indicativos del trastorno por estrés post-traumático (TEPT) para adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años (columna A), del trastorno de estrés post-traumático para niños menores de 6 años (columna B) [309.81 (F43.10)] y del trastorno de estrés agudo (columna C) [308.3 (F43.0)].

	Síntomas	**TEPT**	**TEPT < 6 años**	**T. estrés agudo**
		A	**B**	**C**
Síntomas intrusivos asociados al ST que se inician después del ST	Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del ST.	Criterio B1 En niños se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del ST.	Criterio B1 Los recuerdos espontáneos e intrusivos pueden no ser angustiosos y se pueden expresar como recreación en el juego.	Criterio B1 En los niños se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del ST.
	Sueños angustiosos recurrentes cuyo contenido y/o afecto está relacionado con el ST.	Criterio B2 En niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.	Criterio B2 Puede resultar imposible determinar que el contenido aterrador está relacionado con el suceso traumático.	Criterio B2 En niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.
	Reacciones disociativas *(flashbacks)* en las que se siente o se actúa como si se repitiera el ST. Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.	Criterio B3 En niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.	Criterio B3 La representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.	Criterio B3 En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
	Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto de ST.	Criterio B4	Criterio B4	Criterio B4
Síntomas intrusivos	Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos marcadas al	Criterio B5	Criterio B5	Criterio B4

asociados al ST que se inician después del ST	exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del ST.			
	Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados a ST.	Criterio C1		Criterio B8
Evitación persistente de estímulos asociados al ST, que comienzan tras el ST	Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al ST.	Criterio C2		Criterio B9
	Evitación o esfuerzos para evitar actividades, lugares o recordatorios físicos que despiertan el recuerdo del ST.		Criterio C1	
	Evitación o esfuerzos para evitar personas, conversaciones o situaciones interpersonales que despiertan el recuerdo del ST.		Criterio C2	
	Incapacidad para recordar un aspecto importante del ST (debido a amnesia disociativa).	Criterio D1		Criterio B7
Alteraciones negativas cognitivas y del ánimo asociadas al ST que se inician o empeoran después del ST	Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo.	Criterio D2		
	Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del ST que conducen a acusarse a sí mismo o a los demás.	Criterio D3		
	Estado emocional negativo persistente (miedo, temor, enfado, culpa o vergüenza).	Criterio D4		
	Disminución importante del interés o de la participación en actividades significativas.	Criterio D5	Criterio C4 Incluye disminución del juego.	
	Sentimiento de desapego o extrañeza frente a los demás.	Criterio D6		
	Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas (felicidad, satisfacción, sentimientos amorosos, etc.).	Criterio D7		Criterio B5
Alteraciones negativas cognitivas y del	Sentido de la realidad alterado del entorno			Criterio B6

ánimo asociadas al ST que se inician o empeoran después del ST	o de uno mismo (por ejemplo, verse uno mismo desde la perspectiva de otro, estar pasmado, lentitud del tiempo, etc.).			
	Aumento importante de la frecuencia de estados emocionales negativos (por ejemplo, miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión, etc.).		Criterio C3	
	Comportamiento socialmente retraído.		Criterio C5	
	Reducción persistente de la expresión de las emociones positivas.		Criterio C6	
Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al ST que comienza o empeora después	Comportamiento irritable y arrebatos de furia (agresión verbal o física contra personas u objetos).	Criterio E1	Criterio D1 Incluye pataletas extremas.	Criterio B11
	Comportamiento imprudente o autodestructivo.	Criterio E2		
	Hipervigilancia.	Criterio E3	Criterio D2	Criterio B12
	Respuesta de sobresalto exagerada.	Criterio E4	Criterio D3	Criterio B14
	Problemas de concentración.	Criterio E5	Criterio D4	Criterio B13
	Alteración del sueño (o dificultades para conciliar o continuar el sueño o sueño inquieto).	Criterio E6	Criterio D5	Criterio B10
Criterios para el diagnóstico: presencia de...		1 o más criterios B; 1 o 2 criterios C; 2 o más criterios D; 2 o más criterios E.	1 o más criterios B; 1 o más criterios C; 2 o más criterios D.	9 o más criterios B.

ST = suceso traumático.

El **trastorno adaptativo** se refiere a un conjunto heterogéneo de síntomas emocionales y/o comportamentales en respuesta a un/os estresor/es identificables que ocurren dentro de los 3 meses siguientes al inicio del estresor y no persisten más de 6 meses. El estresor puede no ser traumático en sí y la sintomatología no responde a los núcleos sintomáticos del TEPT (intrusión, evitación, reexperimentación, etc.). Cabe especificar el tipo de sintomatología que predomina: estado de ánimo deprimido [309.0 (F43.21)], ansiedad [309.24 (F43.22)], ansiedad mixta y ánimo deprimido [309.28 (F43.23)], alteración de la conducta [309.3 (F43.24)], alteración mixta de las emociones y la conducta [309.4 (F43.25)], y sin especificar [309.9 (F43.20)].

El **otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado** [309.89 (F43.8)] y el **trastorno relacionado con el trauma y estresores no especificado** [309.9 (F43.9)] se aplican a casos en los que predominan síntomas característicos de un trastorno relacionado con el trauma y estresores que no cumplen criterios para ser clasificados en otras categorías.

El detalle preciso de los síntomas, los criterios diagnósticos, así como las especificaciones para cada uno de los trastornos anteriormente descritos (número de síntomas, edad, criterios de inclusión o exclusión, etc.), deben ser consultados en el manual DSM-5.

Para el diagnóstico de trastornos relacionados con experiencias traumáticas en la infancia y la niñez temprana se dispone de la **clasificación diagnóstica DC: 0-3R** (Zero to Three-R, 2005) o *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood-Revised.* Dicha clasificación pretende mejorar la comprensión de los problemas de salud mental de los niños más pequeños, facilitando la evaluación, diagnóstico y tratamiento y permitiendo la identificación de trastornos que son menos contemplados en otros sistemas de clasificación. El sistema DC: 0-3R describe el trastorno por estrés post-traumático como un patrón de síntomas que pueden presentar los niños después de haber sufrido: *a*) un determinado evento traumático; *b*) una serie de eventos traumáticos, o *c*) una situación de estrés crónico y persistente, como la exposición a abusos sexuales repetidos. Los síntomas descritos hacen referencia a:

— **Re-experimentación** de la experiencia traumática, manifestada a través de: *a*) juego compulsivo que escenifica el trauma y no alivia la ansiedad; *b*) recuerdos intrusivos y recurrentes; *c*) pesadillas repetidas de contenido vinculado a la experiencia traumática; *d*) desasosiego ante los recuerdos del trauma, y *e*) episodios de *flashbacks* o disociación.
— **Falta de respuesta** (embotamiento de la responsividad) por parte del niño o interferencia en el desarrollo, caracterizada por: *a*) aislamiento social; *b*) afecto restringido; *c*) pérdida temporal de habilidades ya adquiridas, y/o *d*) pérdida de intereses o constricción del juego.
— **Incremento de la activación** que se hace notable a través de: *a*) terrores nocturnos; *b*) dificultades para ir a dormir; *c*) repetido despertar nocturno; *d*) dificultades significativas de la atención-concentración; *e*) hipervigilancia, y/o *f*) respuesta exagerada de sobresalto.
— Presencia de **síntomas no presentes con anterioridad** a la vivencia del acontecimiento traumático como agresión, ansiedad por separación, miedos diversos, pesimismo o conductas contraproducentes, conductas sexuales y agresivas inadecuadas a la edad del niño, síntomas somáticos, etc.
— *Otros criterios* fundamentales para el diagnóstico de TEPT en la primera infancia, según la clasificación DC: 0-3R, son una duración de los síntomas de por lo menos un mes y una interferencia con el funcionamiento diario del niño. En todos los casos, y

especialmente en niños, la sintomatología debe ser contextualizada en relación a la situación estresante, a las características temperamentales y de personalidad del niño, y a su nivel de desarrollo.

1.2.3. Victimización y desajuste psicológico

Los traumas habidos en la infancia impactan de forma especial en el desarrollo y la salud psicológica de los niños y adolescentes. Cuando los traumas se establecen en las primeras edades infantiles quedan afectadas diversas áreas del desarrollo. Cook et al. (2005), Herman (1992) y López-Soler (2008) destacan las siguientes áreas de afectación: *a*) alteraciones en el **desarrollo biológico,** tales como problemas en el desarrollo de las funciones sensorio-motrices, analgesia, problemas de coordinación, falta de integración sensorial, problemas de tipo médico y somatizaciones; *b*) alteraciones en el **establecimiento del vínculo,** tales como dificultades en la fijación de los límites de la relación, falta de confianza, aislamiento social, falta de empatía y dificultades para reconocer y responder a los estados emocionales de los demás; *c*) alteraciones en la **regulación emocional,** tales como escasa regulación del afecto, dificultades en identificar y expresar estados internos y emociones, dificultades en la comunicación de necesidades y deseos; *d*) **presencia de disociación** como mecanismo de defensa ante el abuso interpersonal prolongado y severo (alteraciones en los estados de consciencia, dificultades de memoria, despersonalización y desrealización); *e*) falta de c**ontrol de conducta,** expresada en pobre modulación de la impulsividad, agresión, conducta autodestructiva, problemas de sueño, de alimentación, conformidad excesiva, conducta oposicionista; *f*) alteraciones **en las funciones cognoscitivas,** expresadas en escaso control de las funciones ejecutivas, dificultades de procesamiento de la información, en el pensamiento causal, en el desarrollo del lenguaje, en la regulación de la atención, dificultades en la orientación en el tiempo y en el espacio, dificultades en comprender responsabilidades, alteraciones en el sistema de significados y desorganización en el desarrollo de los conceptos morales, y *g*) alteraciones en el **establecimiento de la autoestima,** expresadas como autoimagen fragmentada, baja autoestima, timidez extrema, sentido crónico de culpabilidad y de responsabilidad personal, que cursa con sentimientos de intensa vergüenza.

Se considera que la **victimización interpersonal,** por el hecho de implicar la participación intencionalmente dañina de una persona sobre otra y la violación de las normas sociales, tiene un especial potencial traumático. En la vivencia de victimización interpersonal se rompe el sistema de creencias que da sentido a la experiencia humana, relativas a la justicia, la bondad, etc. (Herman, 1992), y se quiebra también el sentimiento de seguridad o confianza de la persona en sí misma y en los demás seres humanos. El sentimiento y los deseos de venganza son frecuentes cuando el autor del daño es identificable. La elaboración de estos sentimientos negativos es clave para la superación o cronificación de la vivencia de victimización. Un reciente estudio de Forns, Kirchner, Lucio, Landgrave, Soler et al. (2015) pone de relieve que

entre adolescentes comunitarios altamente victimizados se presenta preferentemente sintomatología afectiva, somática y obsesiva-compulsiva, con mayor intensidad en chicos que en chicas. La sintomatología de estrés post-traumática se da en menor intensidad que las anteriormentes citadas.

1.2.4. Estresores de la vida cotidiana y desajuste psicológico

Tal como se ha mencionado anteriormente, la vivencia de estresores de la vida cotidiana puede conllevar síntomas característicos del estrés post-traumático, que por su heterogeneidad se clasifican como **trastorno adaptativo.**

También pueden producir un vasto conjunto de síntomas de diferente naturaleza. Ferreira (2013) encontró que, en adolescentes, la vivencia de acontecimientos vitales negativos incrementa la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa; cuando estos acontecimientos vitales negativos se producen en la familia se incrementan las manifestaciones ansiosas, y cuando se producen en la escuela se incrementan las depresivas. Ferreira (2013) destaca que para que los acontecimientos vitales sean determinantes en el desarrollo de trastornos ansiosos y depresivos, el nivel de impacto percibido debe ser muy elevado. Pero las repercusiones de los acontecimientos vitales estresantes se puede extender más allá de los síntomas de ansiedad y depresión; por ejemplo, Oliva et al. (2008) encontraron una relación entre la vivencia de estresores y problemas de comportamiento, actividades antisociales y hasta disminución de la satisfacción vital. Los estresores de la vida cotidiana son pues un claro elemento perturbador del ajuste psicológico en la infancia y la adolescencia, así como también en la adultez emergente (Estévez, Oliva y Parra, 2010).

1.3. Modelos psicológicos explicativos de la relación entre estresores y salud mental

Se han proporcionado distintas explicaciones sobre los mecanismos por los que distintas experiencias adversas pueden generar estrés y conducir a consecuencias psicopatológicas. A continuación presentamos algunos de los modelos más relevantes.

1.3.1. Modelos transaccionales del estrés

Modelo de Lazarus y Folkman (1984). Este modelo, de orientación cognitivo-conductual, da cuenta de las transacciones que se producen entre persona y ambiente, frente a la resolución de una situación estresante, con el objetivo de mantener la salud y el bienestar personal. Desde esta perspectiva se considera que, ante el encuentro con un estresor, el sujeto realiza una «primera evaluación» cognoscitiva para apreciar si tiene algo que apostar o arriesgar en dicho encuentro. En este primer momento, el individuo evalúa el impacto de la situación estresante

en relación a sus valores, objetivos, creencias e intenciones (por ejemplo, congruencia, previsibilidad, causación o controlabilidad del acontecimiento, entre otros). Si los estresores presentes son valorados como dañinos, impredecibles, amenazantes y/o sobrecargantes en relación a los propios recursos, se lleva a cabo una «segunda evaluación» en la que se sopesa si se puede o se debe hacer algo para resolver el estresor, y en función de ello se seleccionan las estrategias de *coping* que se emplearán. Se entiende por *coping* o afrontamiento aquel conjunto de esfuerzos cognitivos y/o conductuales realizados para manejar (reducir, minimizar o dominar) las demandas internas y/o externas generadas en la transacción entre la persona y su contexto. El afrontamiento tiene dos funciones: *a*) actuar, gestionar o modificar el problema, y *b*) regular la reacción emocional que se genera en la transacción. Las estrategias de afrontamiento *centradas en el problema* suponen conductas activas que buscan modificar las condiciones estresantes; se las considera efectivas para lidiar con los conflictos. Las estrategias de afrontamiento *centradas en la emoción* buscan mitigar la emoción (evitar, minimizar, aceptar o tomar distancia de ella), modificar la percepción de la realidad o bien descargar el malestar emocional (quejas, autoacusaciones, etc.); se las considera menos efectivas que las estrategias centradas en el problema para lidiar con los conflictos. Así, el afrontamiento es un proceso dinámico que fluctúa a lo largo del tiempo, dependiendo de las exigencias del momento y de la valoración que se hace de la situación. El estrés equivale a un desequilibrio (percibido o real) entre las exigencias de la situación y los recursos de los sistemas biológico, psicológico y social del individuo. El afrontamiento pretende reequilibrar el sistema, con el fin de preservar la salud mental.

Modelo de paneles de Moos (1993). Este modelo se basa en el anterior y lo amplía. Considera que en el proceso de afrontamiento intervienen cinco grandes grupos de variables (paneles). El *sistema ambiental* del individuo (panel 1) comprende los estresores vitales cotidianos y los recursos sociales del individuo. El *sistema personal* (panel 2) incluye las características sociodemográficas y los recursos personales del sujeto. Estos dos grupos de variables se influencian entre sí y a la vez influencian la vivencia de las *crisis agudas y las transiciones vitales* propias de la experiencia individual (panel 3). Estos tres paneles, a su vez, repercuten en la *salud y el bienestar* del individuo (panel 5) a través de la *valoración cognitiva de tales experiencias vitales y las estrategias de afrontamiento* empleadas (panel 4). Por tanto, desde este modelo se considera que la salud mental del individuo depende de la interacción entre todas las variables anteriormente descritas. La apreciación de la situación estresante y las estrategias de afrontamiento median entre las crisis y la salud mental. En esta mediación pueden emplearse estrategias cognitivas, conductuales, de aproximación y de evitación.

Teoría de la conservación de los refuerzos de Hobfoll (2001). En este modelo se considera que la «pérdida, la amenaza inminente de pérdida de recursos o el fracaso en la obtención de recursos» son el principal componente del proceso de estrés. El modelo enfatiza el valor de la búsqueda de soluciones colectivas para resolver situaciones de estrés, así como la influencia de la cultura y la comunidad en el proceso de estrés. En los modelos anteriores se

establecía una relación entre la valoración del estresor a nivel individual y el tipo de afrontamiento empleado para resolver los problemas; en este modelo se acepta que son los recursos personales, sociales, económicos y ambientales los que guían la respuesta al estrés más que el proceso de evaluación cognitiva. El afrontamiento toma un sentido social.

Modelo ecológico-transaccional de Cicchetti y Lynch (1993). Este enfoque aúna los principios interaccionales de los modelos transaccionales antes comentados y de los modelos ecológicos, para analizar las consecuencias adversas de la violencia en el desarrollo infantil. Se asume que el desarrollo del niño está determinado por múltiples factores que interaccionan entre sí en un amplio sistema de contextos (Bronfenbrenner, 1979). De este modo, se considera que tanto las características del individuo (desarrollo ontogenético) como las características del microsistema (contexto inmediato, como por ejemplo la familia), del exosistema (sistema social más amplio, como la comunidad) y hasta del macrosistema (sistema cultural), se combinan para dar forma a la probabilidad de que al sufrir una experiencia traumática el individuo desarrolle malestar psicopatológico. Más concretamente, considera que la combinación de factores de riesgo (por ejemplo baja capacidad de adaptación del individuo, abuso de sustancias por parte de los progenitores, violencia en la comunidad, desempleo, baja sanción cultural de la violencia, etc.) y/o protección (por ejemplo ayudas sociales, escolarización adecuada, amistades sanas, etc.) a diferentes niveles ecológicos aumentan o moderan el riesgo tanto de sufrir experiencias traumáticas como de que éstas dejen secuelas psicopatológicas.

Existen otros modelos que pretenden explicar aspectos más específicos del TEPT, como el **Modelo de Horowitz** (1977), que explica las fases consecutivas que se dan en el trascurso del TEPT, el **Modelo de Foa** (Foa, Steketee y Rotbaum, 1989), que se centra en explicar cómo se producen las intrusiones y la evitación propias del TEPT, el de **representación dual** de Brewin, Calgleish y Josep (1996), que sustenta una doble representación del acontecimiento estresante en la memoria, o el de **Ehlers y Clark** (2000), que introduce diferencias individuales en la evaluación del acontecimiento estresante y sus secuelas. Desde el procesamiento de la información cabe citar el **Modelo de Lang** (1984), que pone de relieve la asociación entre las emociones y la memoria para explicar la relación entre estrés y ansiedad [véase Andreu Mateu (2011) para una explicación más detallada].

1.3.2. Modelo basado en la teoría del apego de Bowlby (1969, 1973, 1980)

El apego se refiere a los modelos internos formados por emociones, experiencias y expectativas que el niño va construyendo a partir de las interacciones habidas con su cuidador principal o figura de apego. El vínculo establecido con el cuidador en los primeros meses de vida aumenta las posibilidades de supervivencia de los bebés, les permite explorar el mundo con confianza, crecer y desarrollarse adecuadamente (Oates, 2007). La calidad del vínculo entre niño y cuidador tiene un papel relevante en el desarrollo de las habilidades de los

pequeños (por ejemplo, control de impulsos o regulación emocional). Según Bowlby, las experiencias traumáticas en edades tempranas (por ejemplo, la muerte de un cuidador principal o la experiencia de abusos o tratos negligentes) pueden influir en la calidad y estabilidad del apego. Especialmente en caso de que el cuidador no fuera capaz de satisfacer las necesidades físicas y emocionales del bebé, o respondiera a ellas de forma inconsistente o abusiva, el niño podría perder la capacidad para formar relaciones significativas y confiar en los demás. Todos los factores que interfieren con el establecimiento de un apego emocional seguro[1] en las etapas tempranas pueden predisponer a un «trastorno de apego reactivo» o a un «trastorno de la relación social desinhibida» (Rygaard, 2008). La conducta y sensibilidad de la madre o del cuidador principal en la identificación y satisfacción de las necesidades del niño son claves para el establecimiento de un tipo de vínculo u otro. El apego seguro puede ser entendido como un elemento protector frente a situaciones de estrés.

1.3.3. Modelo biológico

Desde una perspectiva bioneurológica, el impacto de las experiencias traumáticas se explica por todas las reacciones y cambios a nivel de transcripción y metabolismo celular, y por las alteraciones en la función y estructura cerebral que de ellas se derivan. Ante cualquier situación potencialmente peligrosa, el cerebro activa un estado de alerta y prepara el cuerpo para actuar, incrementando la producción de las hormonas del estrés como la adrenalina y el cortisol (Sanmartín, 1999; Yehuda, 2002). Estas hormonas ejercen múltiples efectos sobre diversos órganos, incluido el cerebro, permitiendo optimizar la respuesta ante la situación de estrés (por ejemplo, aumentando la fuerza muscular, activando la oxigenación cerebral, modulando positivamente la memoria, ejerciendo efectos sobre el sistema inmunitario, etc.). Sin embargo, ante situaciones de exposición crónica a estresores este sistema de regulación se estanca, y la persona permanece en un estado de vigilancia constante en el que cualquier estímulo (por ejemplo, un sonido o un olor) puede desencadenar una respuesta de alarma instintiva e incluso inapropiada (Australian Childhood Foundation, 2013). Por tanto, en personas que, por ejemplo, hayan sufrido victimizaciones múltiples, cualquier cambio en el entorno puede ser experimentado como una amenaza y puede activar una respuesta de lucha o de huida (Perry, Pollard, Blakely, Baker y Vigilante, 1995). En otras situaciones en que luchar o huir no es posible, en estas personas se puede dar una respuesta alternativa: la disociación (Jackson, Waters, Meehan, Hunter y Corlett, 2013).

En líneas generales se considera que el TEPT es el resultado de las alteraciones biológicas y psicológicas resultantes de la activación de las áreas cerebrales implicadas en la percepción y en la respuesta al estrés (Yehuda, 2002). Así, en el TEPT se ha identificado una hipersecreción del factor liberador de la corticotropina (una hormona del hipotálamo que estimula la liberación de cortisol) similar a la encontrada en otras situaciones estresantes. Paradójicamente, los niveles de cortisol son inferiores a lo normal, incluso años después de la

vivencia de un acontecimiento traumático (Yehuda, 2002). El TEPT también conlleva alteraciones en el sistema nervioso autónomo, la actividad de las catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), los diversos sistemas de neurotransmisores y neuromoduladores cerebrales y otras hormonas (como los esteroides gonadales u hormonas sexuales), y en el sistema inmunológico (véase Castro, Campos y López, 2003; Pereda y Gallardo-Pujol, 2011). Asimismo, en el TEPT se han descrito alteraciones en diversas áreas cerebrales relacionadas con la regulación emocional, la atención, las funciones ejecutivas, el aprendizaje y la memoria. Es poco claro si estas diferencias en la función y la estructura cerebral preceden al trauma, quizá incrementando la vulnerabilidad para el TEPT, o si ello ocurre después del trauma, como una consecuencia del mismo.

Aunque las alteraciones indicadas se dan a cualquier edad, sus repercusiones pueden resultar más críticas en determinadas etapas del desarrollo cerebral, como la primera infancia o la adolescencia. Según Jackson et al. (2013), esto es debido a que existen unos períodos críticos en los que el cerebro es más susceptible a las experiencias vividas. Esta plasticidad del cerebro se considera altamente adaptiva, ya que permite el desarrollo, crecimiento y aprendizaje. Sin embargo, cuando las experiencias son traumáticas y desreguladoras, esta sensibilidad pone en riesgo el desarrollo futuro. A diferentes edades, existen determinadas áreas cerebrales que están más activas y determinadas funciones que están siendo organizadas. Por tanto, tal como propone Perry (2006), la experiencia de un suceso traumático puede afectar al niño de manera diferente según la estructura y función que en aquel momento esté en desarrollo (tabla 9.3).

TABLA 9.3
Áreas en desarrollo y funciones en organización según la edad

Edad	Área del cerebro con más plasticidad	Funciones que están siendo organizadas
0-9 meses	Tronco encefálico	Funciones básicas: regulación del sueño y de los estados de alerta.
6 meses- 2 años	Diencéfalo	— Integración de información sensorial múltiple: vista, sonido, olor, movimiento, equilibrio, etc. — Control motor fino. — Respuesta al sobresalto.
1-4 años	Sistema límbico	— Estados emocionales y regulación del afecto. — Lenguaje social: interpretación de la información no verbal.
3-6 años	Corteza cerebral	— Funcionamiento cognitivo. — Integración socio-emocional.

Nota: Adaptado de Perry (2006).

2. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL TRAUMA Y DE SU IMPACTO

El análisis del trauma y de su impacto requiere que abordemos de forma separada estos dos grandes componentes. Así, se presenta en primer lugar la medida de los acontecimientos traumáticos y seguidamente la medida del impacto psicopatológico. El protocolo de buenas prácticas de la Academia Americana de Psiquiatría del niño y del adolescente —AACAP— (Cohen et al, 2010) recomienda que en todos los *screening* y evaluaciones psicopatológicas a niños y adolescentes se incluyan de forma rutinaria cuestiones acerca de los sucesos traumáticos (ST) y los síntomas de TEPT. Asimismo, en caso de identificación de signos significativos de TEPT, se aconseja: *a*) conducir una evaluación formal para determinar la presencia de TEPT, la severidad de los síntomas y el grado de disfuncionalidad, incluyendo siempre que sea posible a los padres y otros cuidadores en la evaluación, y *b*) considerar el diagnóstico diferencial con otras alteraciones psiquiátricas y otras condiciones que pueden simular TEPT.

2.1. Análisis de acontecimientos traumáticos

La medida de vivencias estresantes y acontecimientos traumáticos ha sido sujeto de intensa discusión entre profesionales de la salud mental desde finales del siglo pasado.

A nuestro juicio, entre las medidas propuestas se puede distinguir entre:

— **Pruebas que analizan un amplio espectro de acontecimientos potencialmente traumáticos,** que pueden incluir acontecimientos estresantes no-interpersonales (accidentes, enfermedades propias o de familiares, inundaciones, huracanes, etc.), situaciones socioeconómicas o demográficas de alto riesgo (pobreza, familiares en prisión, abuso de sustancias en familiares, familia numerosa, perdida de padres) y situaciones de violencia interpersonal (maltrato infantil, violencia sexual, *bullying*, etc.). Las pruebas de LITE (*Lifetime Incidence of Traumatic Events)* de Greenwald y Rubin (1999), el LEC (*Life Events Checklist*) de Johnson y McCutcheon (1980), la de SV (sucesos de vida) de Lucio-Gómez-Maqueo y Durán (2003), el CTQ (*Childhood Trauma Questionnaire*) de Bernstein y Fink (1998) y Bernstein et al. (2003), y el IECI (Inventario de estrés cotidiano infantil) de Trianes, Blanca, Fernández-Baena, Escolar y Maldonado (2011), son algunos de los ejemplos que, entre otros, ilustran este tipo de instrumentos.

— **Pruebas específicas sobre estresores concretos** habitualmente referidos a tipos específicos de victimizaciones (*bullying*, abuso sexual, adopción, victimización relacional, violencia doméstica, etc.). Algunos ejemplos son el ASES (*Abusive Sexual Exposure Scale)* de Spaccarelli (1995), el AVE (Acoso y violencia escolar) de Piñuel y Oñate (2006) o el PRQ (*Peer Relations Questionnaire)* de Rigby y Slee (1993).

— **Pruebas que analizan un amplio espectro de victimizaciones interpersonales** (delitos comunes, maltrato infantil, violencia sexual, etc.). El JVQ (*Juvenile Victimization Questionnaire*) de Hamby et al. (2004) y Finkelhor, Hamby, Ormrod y Turner (2005) o

el CEVQ (*Childhood Experiences of Violence Questionnaire*) de Walsh, MacMillan, Trocmé, Jamieson y Boyle (2008) ilustran bien este tipo de instrumentos.

— **Cuestionarios mixtos,** que incluyen en un único instrumento tanto la medida de los acontecimientos traumáticos como la disponibilidad de recursos para hacerles frente, o las repercusiones clínicas referidas a síntomas de estrés post-traumático. El LISRES-Y (*Life stressors and social resources inventoy – Youth form*) de Moos y Moos (1990) y el UCLA-RI (*The UCLA Reaction Index*) de Rodriguez, Steinberg y Pynoos (2014) son buenos ejemplos de este tipo de instrumentos.

2.2. Análisis del impacto psicopatológico del trauma

El análisis de las repercusiones de los acontecimientos potencialmente traumáticos se ha analizado bajo distintas perspectivas.

Análisis de las consecuencias expresadas en el **trastorno por estrés post-traumático** (TEPT), usando, por ejemplo, el TSCC (*Trauma Symptom Checklist for Children)* y el TSCYC (*Trauma Symptom Checklist for Children and Young Children*) de Briere (1996) y Briere et al. (2001).

Análisis de las consecuencias **psicopatológicas** en sentido amplio. Se ha argumentado que las consecuencias devastadoras del trauma deben ser analizadas más allá del cuadro de estrés postraumático, y que se debe tomar en consideración el rango más amplio posible de dominios psicopatológicos y de secuelas clínicas (Ford, Wasser y Connor, 2011). Estas consecuencias psicopatológicas pueden ser analizadas mediante: 1) **Pruebas psicopatológicas específicas,** como el BDI (*Beck Depressión Inventory*) de Beck, Steer y Brown (2011), el CDI (*Children's Depression Inventory*) de Kovacs (1992), el SCARED (*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*) de Birmaher et al. (1997), el STAIC *(Ansiedad estado-rasgo en niños)* de Spielberger, Goursch y Lushene (1982), o el Vineland (*Vineland Adaptive behavior Scales-II*) de Sparrow, Cicchetti y Balla (2005). 2) **Pruebas de amplio espectro psicopatológico,** como la batería ASEBA (CBCL, *Child Behavior Checklist*; YSR, *Youth Self Report*, TRF, *Teacher Report Form*) de Achenbach y Rescorla (2001, 2001a), el SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) de Goodman (1997) y Mata, Suárez, Torres, Carro y Ortega (2009), o el BASC (*Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes*) de Reynolds y Kamphaus (2004). 3) **Entrevistas clínicas** como la K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version) de Birmaher et al. (2009), la DICA (*Diagnostic Interview for Children and Adolescents)* de Reich (2000), adaptada por de la Osa, Ezpeleta, Doménech, Navarro, y Losilla (1997) y por Ezpeleta et al. (1997) y la ChIPS *(Children's Inteview for Psychiatric Syndromes)* de Weller, Weller, Rooney y Fristad (1999), adaptada en la versión de padres por Molina, Zaldívar, Gómez y Moreno (2006).

Análisis de los **efectos del trauma en el desarrollo.** Algunas medidas analizan los tipos

de vínculo o apego, y otras variables vinculadas (por ejemplo la desregulación emocional, el autoconcepto o la disfuncionalidad ejecutiva), como la técnica observacional «*Disponibilidad emocional*» de Biringen, Robinson y Emde (1998), o las entrevistas CAI (*Child Attachment Interview)* de Shmueli-Goetz, Target, Fonagy y Datta (2008), AICA (*Attachment Interview for Childhood and Adolescence*) de Ammaniti, van Ijzendoorn, Speranza y Tambelli (2000), o la CaMIR (*Cartas-Modelos internos de relación)* de Pierrehumbert et al., 1996 (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011).

El conjunto de técnicas y pruebas enunciadas ponen de relieve la vitalidad del área y la necesidad de instrumentos más homogéneos que permitan tanto la identificación de los sucesos traumáticos como de sus consecuencias (psicopatológicas y sociales). En esta revisión de pruebas hemos obviado la presentación de pruebas centradas en la medida de las variables mediadoras (autoestima, *coping*, recursos sociales, personalidad, etc.) entre trauma y salud. Ello supondría la apertura de otro epígrafe que nos llevaría más allá de los límites establecidos para este capítulo. Para obtener información más detallada sobre instrumentos de análisis del trauma y de sus repercusiones puede consultarse Cantor y Lynch (2000), Crandal y Conradi (2013), Hamby y Finkelhor (2000, 2001), Hawkins y Radcliffe (2006), Olaya, Tarragona, de la Osa y Ezpeleta (2008), y Strand, Pasquale y Sarmiento (2011).

3. TRATAMIENTO

El tratamiento de los efectos del trauma y de los estresores es un tema complejo, debido a los múltiples tipos de acontecimientos traumáticos, a la diversidad de síntomas presentados, así como a los distintos factores de protección y vulnerabilidad de las víctimas. La Academia Americana de Psiquiatría del niño y del adolescente (Cohen et al., 2010) propone un conjunto de prácticas para el tratamiento del estrés post-traumático. Por un lado, aconseja planificar el tratamiento de forma comprehensiva e incluir una intervención apropiada para las alteraciones psiquiátricas comórbidas. Además, propone primar los tratamientos cognitivo-conductuales focalizados en el trauma frente a otro tipo de tratamientos, así como contemplar la pertinencia del tratamiento farmacológico con inhibidores de la recaptación de la serotonina. Por otro lado, acepta otro tipo de tratamientos, como el EMDR, a pesar de puntualizar que su eficacia en niños y adolescentes ha sido menos contrastada que en adultos. En 2005, la AACAP (Boris et al., 2005) recomendó el uso de terapias basadas en la creación de interacciones positivas entre niños y cuidadores para el tratamiento del trastorno reactivo del vínculo. La página online http://www.nctsnet.org/resources/topics/treatments-that-work/promising-practices aporta información extensiva y detallada acerca de diversos tipos de tratamientos, especificando la población a la que va dirigido, los componentes básicos del tratamiento, los criterios de validez y extensa bibliografía. A continuación se hace referencia a los tipos de tratamiento que consideramos más importantes.

3.1. Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT)

Según Cohen, Mannarino y Deblinger (2012), el tratamiento cognitivo-conductual centrado en el trauma debería ser la primera opción terapéutica en caso de TEPT. La base central del tratamiento se centra en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales, basadas en habilidades de manejo del estrés, que son aplicadas antes de dirigirse directamente al procesamiento de las experiencias traumáticas, para lo cual se emplean elementos de la «terapia narrativa de exposición al trauma» y de la «exposición en vivo a recuerdos traumáticos». El paciente, con la ayuda del terapeuta, es expuesto a la memoria de los sucesos traumáticos y ayudado a reordenar dichas memorias, construyendo una narración cronológica de su historia de vida (Robjant y Fazel, 2010). La conveniencia de la exposición en vivo debe ser cuestionada, especialmente en caso de traumas interpersonales de alto impacto. La TCC-CT también se centra en promover la autorregulación, por ejemplo mediante la identificación de emociones, la expresión adecuada de las mismas y su modulación (por ejemplo, a través de técnicas de respiración, relajación muscular u otras actividades como el ejercicio físico). Emplea asimismo elementos de la terapia familiar (incluyendo a padres o cuidadores en el tratamiento) y usa elementos o técnicas de empoderamiento. La TCC-CT pretende el logro de una reestructuración cognitiva de pensamientos y sentimientos disfuncionales, y la enseñanza de estrategias de afrontamiento y de manejo del estrés tanto para los niños como para sus padres. Los componentes del programa de tratamiento del TCC-CT se sintetizan en el acrónimo PRACTICA, y se exponen en la tabla 9.4.

TABLA 9.4
Fases del tratamiento para el TEPT en niños y adolescentes según el modelo TCC-CT

Acrónimo	Objetivos	Tareas de tratamiento
Psico-educación y prácticas parentales	— Normalizar los síntomas, validar las experiencias y las reacciones a éstas, y generar esperanza para la recuperación. — Reducir el estrés/ansiedad de los cuidadores, proporcionándoles ayuda. — Mejorar la relación padres-hijo. — Favorecer y ayudar a los cuidadores a apoyar la recuperación del niño.	— Explicar al niño/adolescente y a sus padres (o cuidadores) el impacto del trauma, los síntomas y el tratamiento a emplear. — Informar sobre la importancia de las habilidades parentales para una intervención eficaz. — Formar a padres y cuidadores en el uso de técnicas educativas: premios, castigos, atención activa, atención selectiva y tiempo fuera, entre otros. — Enseñar las reglas de oro para el tratamiento: consistencia, predictibilidad y seguimiento.
Relajación	— Reducir los síntomas fisiológicos de estrés. — Crear una «caja de herramientas» que el niño y/o adolescente pueda usar en su contexto para controlar los síntomas. — Individualizar la relajación y el control del estrés para cada niño y/o adolescente y para sus padres.	— Explicar las respuestas corporales al estrés. — Enseñar técnicas de respiración progresiva y relajación muscular.

Regulación del **A**fecto	— Normalizar los múltiples sentimientos conflictivos. — Aprender a identificar y graduar los sentimientos. — Aprender vocabulario para hablar de la experiencia traumática de forma competente.	— Entrenar en la identificación de las emociones. — Realizar tareas de modulación afectiva y regulación de las emociones: estimular el habla positiva hacia uno mismo, el sentimiento de identidad y la imaginación positiva. — Entrenar en solución de problemas y habilidades sociales.
Coping cognitivo	— Comprender la diferencia entre pensamientos, sentimientos y conductas, así como su influencia mutua. — Entender cómo el trauma cambia pensamientos. — Corregir los pensamientos distorsionados.	— Practicar estrategias cognitivas de afrontamiento. — Ejemplificar la relación entre pensamientos, sentimientos y conductas. — Emplear técnicas de reestructuración cognitiva sobre pensamientos disfuncionales vinculados al trauma. — Enseñar a pensar de forma más positiva.
Narrativa del **T**rauma.	— Reconstruir la memoria del trauma. — Lograr la remisión de los síntomas de estrés ante el recuerdo traumático.	— Exponer gradualmente al niño o adolescente a recuerdos sobre la experiencia traumática, hasta que pueda tolerarlo sin un malestar emocional significativo y sin necesidad de evitarlo. — Poner orden en las distintas fases del evento traumático. — Tratar todas las etapas del trauma (revelación, procedimiento legal, exámenes médicos, etc.). — Corregir las distorsiones acerca de estas experiencias. — Ubicar las experiencias en el contexto vital del niño o adolescente.
Exposición **I**n vivo	— Desvincular el estímulo aversivo de la respuesta aprendida de ansiedad/miedo.	— Exposición gradual al estímulo aversivo.
Sesiones **C**onjuntas	— Incrementar la comunicación adulto-niño/adolescente.	— Sesiones padres-hijos en las que se comparte la narrativa del trauma y las formas de superación conjunta. — Preparar y estimular el diálogo conjunto.
Mejor**A**	— Mejorar la seguridad personal.	— Crear planes personales de seguridad, planificar el uso de estrategias de afrontamiento y retorno a la trayectoria de desarrollo personal. — Preparar el futuro: aprender a reconocer los síntomas que indican la necesidad de reemprender el tratamiento.

Nota: Información reestructurada a partir de *Mannarino (NCTSN Center: reclaimingfutures.org/.../RF_**TF**-CBT_Webinar), y Mannarino y Mallah (2008),* http://www.nctsnet.org/nctsn_assets/pdfs/TF-CBT_Implementation_Manual.pdf.

3.2. Terapia EMDR

La terapia EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), o en español DRMO (Desensibilización y reprocesamiento por el movimiento ocular), fue desarrollada en 1987 por Francine Shapiro para el tratamiento del estrés postraumático. Se basa en un modelo de procesamiento adaptativo de la información, que defiende que la patología es consecuencia de

experiencias pasadas no procesadas (Shapiro, 2001). Ante una experiencia traumática intensa o prolongada, el sistema de procesamiento de la información puede verse bloqueado y no ser capaz de «digerir» la información, de manera que dicha experiencia permanece almacenada disfuncionalmente en la memoria motora y en un conjunto de imágenes, percepciones sensoriales y pensamientos que ejercen una influencia negativa en las percepciones actuales de la persona e impiden su desarrollo (Shapiro, 1998; Shapiro y Forrest, 1997). La terapia EMDR pretende ayudar al sujeto a acceder e integrar corticalmente recuerdos traumáticos (así como también las emociones y creencias erróneas que los acompañan) a partir de la estimulación sensorial bilateral (por ejemplo, mediante seguimiento de estímulos visuales que evocan a la repetición de movimientos oculares sacádicos, mediante estimulación cutánea con pequeños golpes en distintas partes del cuerpo, o mediante estimulación auditiva). Esta estimulación pretende inducir al procesamiento de los recuerdos de forma mucho más rápida que si se hace exclusivamente con terapias verbales (Luxenberg, Spinazzola, Hidalgo, Hunt y Van der Kolk, 2001). El protocolo de tratamiento EMDR se organiza en ocho fases (véase tabla 9.5).

TABLA 9.5
Fases del tratamiento EMDR

Fases	Objetivos
1	— Realizar la historia del sujeto. — Planificar el tratamiento y clarificar los objetivos de la EMRD. — Analizar la disfuncionalidad presente.
2	— Preparar para el tratamiento: construir la relación terapéutica. — Entrenar en técnicas de autocontrol, uso de metáforas y señales de stop para ser empleadas durante el tratamiento. — Psicoeducación sobre el trastorno de estrés postraumático y su sintomatología.
3	— Entrenar en la identificación de imágenes asociadas en la memoria. — Entrenar en la identificación de sentimientos negativos y creencias positivas. — Realizar una primera evaluación para el establecimiento de una línea base.
4	— Analizar el suceso traumático y las experiencias sensoriales asociadas que detonan angustia injustificada en la actualidad. — Aplicar desensibilización. — Iniciar el EMDR con movimiento de ojos. Los ojos deben seguir un objeto que se mueve alternativamente de un lado a otro. Después de cada conjunto de movimientos, se deben realizar técnicas de relajación y analizar lo ocurrido (pensamientos, sentimientos, sensaciones, imágenes, recuerdos), así como también los cambios asociados. — Analizar el grado de tensión generado durante la tarea y la reducción lograda después. — Finalizar la tarea cuando el estrés informado es mínimo.
5	— Realizar tareas de reestructuración cognitiva.
6	— Analizar las respuestas somáticas y tensionales residuales relacionadas con el estímulo aversivo (que deberán ser tratadas en sesiones posteriores).

7	— Instruir en técnicas de autocontrol. — Incorporar patrones de conducta positivos a la vida cotidiana e instruir para que sean empleados de forma autónoma.
8	— Evaluar los logros conseguidos y establecer nuevas metas. — Realizar el cierre del tratamiento.

Nota: Cuadro reestructurado a partir de Karatzias et al. (2010).

3.3. Terapia basada en el vínculo

Las terapias basadas en la teoría del vínculo de Bowlby (1969, 1973, 1980) son clínicamente aceptadas y valoradas en contextos clínicos infantiles para el restablecimiento del vínculo en niños con trastorno reactivo del apego o que hayan experimentado traumas complejos (Arvidson et al., 2011; Osofsky, 2004). El vínculo o apego es un constructo que hace referencia al lazo afectivo que emerge entre dos personas y que genera un entorno de confianza y desarrollo mutuos. El apego se concibe como un mecanismo pre-programado y controlado biológicamente al servicio de la función evolutiva de protección y supervivencia.

La mayor parte de programas elaborados bajo esta perspectiva se centran en aumentar la habilidad, sensibilidad y disponibilidad emocional de los padres y/o cuidadores para observar, leer, detectar y responder eficazmente a las necesidades de sus hijos. En concreto, se trata de: *a*) generar un ambiente seguro; *b*) crear condiciones que permitan al niño expresar, reconocer y comprender las emociones; *c*) dar significado emocional a las conductas, entre padres y niños, ayudándoles a construir una narrativa acerca del trauma y de las necesidades emocionales vinculadas, y *d*) aumentar las capacidad empática y reflexiva del cuidador.

Estos programas incluyen aspectos educativos y terapéuticos, y requieren en todos los casos la participación activa de los cuidadores. Las situaciones traumáticas que afectan a niños pequeños afectan también frecuentemente a sus padres y/o cuidadores, y la sintomatología post-traumática que afecta a un miembro de la díada puede exacerbar la sintomatología del partenaire. Por esta razón es de capital importancia que la díada hijo-progenitor/cuidador participe activamente en el tratamiento. El incremento de la sensibilidad de los padres/cuidadores influirá positivamente en el vínculo afectivo que el niño desarrolle para con ellos (Hoffman, Marvin, Cooper y Powell, 2006), lo que, a su vez, puede actuar como factor de resiliencia ante el impacto de futuras experiencias vitales estresantes (Shapiro y Levendosky, 1999).

Un modelo de intervención desarrollado específicamente para la recuperación de niños y adolescentes afectados por el trauma complejo merece nuestra atención: el llamado «Apego, Auto-regulación y competencia» (*Attachment, Self Regulation and Competency*, de Blaustein y Kinniburgh, 2010).

4. CONCLUSIONES

En este capítulo se ha puesto en evidencia que niños y adolescentes están expuestos a un gran número de estresores y que tal exposición puede tener un elevado impacto traumático desestabilizador del desarrollo y/o de la salud mental. Se han enfocado asimismo algunos aspectos relativos a la evaluación de las experiencias traumáticas y de sus consecuencias psicopatológicas.

Los instrumentos de evaluación mencionados deben ser considerados como ejemplos de la gran diversidad de los que están disponibles, la cual pone de relieve la existente fragmentación del foco de estudio debido a la falta de sistematización de las formas de victimización (Hamby y Finkelhor, 2000). En este sentido, los diferentes cuestionarios disponibles preguntan sobre distintas formas de ofensas o situaciones, hecho que dificulta la comprensión y el estudio de la naturaleza de las victimizaciones sufridas y la existencia de efectos interactivos entre ellas.

En relación al tratamiento, en el presente capítulo se han seleccionado tres tipos de terapias, por tener eficacia empírica informada y por ser inclusivas de diversos tipos de técnicas de tratamiento. Destacamos que los tres tratamientos seleccionados incluyen a los cuidadores como elemento básico del tratamiento. El tratamiento con niños y adolescentes debe incluir a sus cuidadores como agentes determinantes del cambio de conductas del niño, pero también como medio de cambio de las conductas de los propios padres o cuidadores, especialmente a través del aumento de sus habilidades parentales.

En conclusión, realizar una evaluación exhaustiva de las experiencias vividas por los niños y adolescentes, así como de su impacto, constituye un gran reto para los clínicos, los cuales deben desarrollar un tipo de intervención personalizada y adecuada a las necesidades de cada sujeto. La relación entre la experimentación de eventos traumáticos y sus consecuencias sobre la salud mental está mediada por múltiples factores, que, por motivos de extensión, no han podido ser abordados en este capítulo. Es importante tener en cuenta que dichos factores pueden actuar como factores de resiliencia (Abad y Forns, 2013), ayudando a preservar el bienestar personal.

5. CASO CLÍNICO

Motivo de consulta

Arnau es un niño de 4 años y medio que llega a un servicio de atención temprana tres meses después de haber sufrido un accidente de tráfico. Desde entonces se encuentra muy nervioso e irritable, tiene problemas para dormir y parece que ya no se divierte con cosas que antes del accidente le gustaba hacer. También presenta múltiples quejas físicas referentes a diferentes partes del cuerpo, motivo por el cual la familia ha realizado múltiples consultas médicas a distintos servicios.

Anamnesis

Arnau es el primero de dos hermanos. Nació de un parto eutócico después de un embarazo inesperado pero sin complicaciones. Sus padres se conocieron un año antes de tener a Arnau, y se fueron a vivir juntos cuando supieron que estaban esperando un hijo. El padre es de origen magrebí y se dedica a la construcción. La madre es catalana y tiene un pequeño negocio de copistería.

No constan alteraciones en el desarrollo de Arnau hasta el momento del accidente. Fue cuidado por sus padres y la abuela materna hasta los 3 años, momento en que inició la escolarización en preescolar. Presentó una buena adaptación con las dificultades de separación típicas en los niños de su edad.

Evaluación

Entrevista clínica con los padres de Arnau. Acuden los padres de Arnau en una primera entrevista. Explican que el día en que ocurrió el accidente ellos, Arnau y su hermano pequeño se dirigían en coche a una comida familiar. Sin percatarse, invadieron el carril contrario y chocaron frontalmente con un autobús, siendo el padre el conductor del coche. Los padres y el hermano pequeño quedaron ilesos, pero Arnau se dio un golpe en la cabeza y perdió el conocimiento unos minutos. Fue trasladado en ambulancia al hospital, donde permaneció 24 horas bajo observación. Después de este tiempo, y descartadas lesiones físicas graves, fue dado de alta.

A partir de entonces Arnau empezó a presentar múltiples quejas físicas (mareos, dolores de barriga, cefaleas, dolores musculares...). En la actualidad también evita subir a coches, autobuses y trenes. Cuando lo hace presenta mucha ansiedad (llora, se enfada, se muerde la manga del jersey...). Además, tiene recuerdos recurrentes sobre el accidente que le dificultan conciliar y mantener el sueño. A menudo se va a la cama de sus padres en busca de consuelo, lo que no ocurría antes del accidente. En alguna ocasión le han encontrado asustado y llorando solo. Tanto en casa como en la escuela han observado una reducción significativa de su interés en actividades que antes le gustaban, como jugar con los coches de juguete, con los muñecos o dibujar. Ha sufrido una regresión en su dibujo y en su juego (poca representación e imaginación). Además, a Arnau se le ve triste e irritable; ahora se enfada enseguida y por cualquier cosa, tiene grandes rabietas si las cosas no salen como él anticipaba, es poco flexible y se pelea mucho con su hermano pequeño.

Durante la entrevista, el padre de Arnau se muestra muy preocupado por las secuelas físicas y psicológicas que el accidente haya podido dejar en su hijo. Manifiesta enfado y cierta hostilidad hacia las autoridades y los médicos que los atendieron después del accidente, considerando que no fueron tratados con la empatía que la situación requería. Al final de la entrevista explica que él también está sufriendo síntomas de estrés postraumático, que le están

afectando principalmente en su relación con su mujer y sus hijos. Se encuentra muy nervioso e irritable, y desde el accidente en casa hay muchas peleas y gritos. Considera que él también necesita ayuda.

Sesiones de evaluación con Arnau. Durante las sesiones de exploración se observan en Arnau unas habilidades cognitivas acordes con las que se esperan según su nivel de desarrollo. En sus dibujos y durante los ratos de juego libre las representaciones del accidente son constantes. Al preguntarle por el suceso, Arnau puede hablar de él a costa de mucha ansiedad, que manifiesta a través de una gran inquietud motora. Desde el accidente manifiesta pensamientos intrusivos y recurrentes sobre el mismo, así como problemas para dormir y pesadillas.

En una de las sesiones, Arnau representa una familia de leones en la que el padre león está muy enfadado, grita y pega a la madre. Arnau acaba hablando de su propia familia y explica que ha visto a su padre hacer daño a su madre y a ésta llorar. También explica que desde el accidente su padre está muy nervioso y que les regaña mucho. Dice tener ganas de que su padre vuelva a ser como antes.

Escalas de evaluación. Con el fin de complementar la información obtenida en las entrevistas, se pasaron las siguientes pruebas:

— Child Behaviour Checklist (CBCL 1 ½-5; Achenbach y Rescorla, 2001). El cuestionario rellenado por los padres de Arnau dio lugar a los siguientes resultados:

- Escalas en rango clínico (valores T > 70): ansiedad/depresión, quejas somáticas, problemas de sueño, total internalización, problemas afectivos y problemas de ansiedad.
- Escalas en zona de riesgo (valores T entre 65 y 70): reactividad emocional, aislamiento, agresividad, total externalización.

— Child-Teacher Report Form (CTRF, 1 ½-5; Achenbach y Rescorla, 2001). El cuestionario rellenado por la maestra de Arnau mostró los siguientes:

- Escalas en rango clínico (valores T > 70): ansiedad/depresión, quejas somáticas, problemas afectivos y problemas de ansiedad.
- Escalas en zona de riesgo (valores T entre 65 y 70): total internalización, reactividad emocional.

Hipótesis diagnóstica

Trastorno por estrés postraumático en niño menor de 6 años, con experiencia directa del suceso.

Diagnóstico diferencial

Se descartó que Arnau sufriese un trastorno adaptativo, ya que el estresor al que fue expuesto representó un peligro para su vida. Asimismo, el patrón de respuesta a la experiencia estresante es más específico que en el caso de un trastorno adaptativo (por ejemplo, revivencia del acontecimiento a través del juego).

Se descartó también un trastorno de estrés agudo, porque Arnau presentaba síntomas tres meses después del accidente, mientras que este trastorno se resuelve en las primeras cuatro semanas posteriores al acontecimiento.

Mientras que síntomas como el embotamiento emocional, pensamientos intrusivos o un aumento de la activación podrían formar parte de un trastorno del estado de ánimo o de un trastorno de ansiedad, Arnau también presenta otros síntomas como la evitación o la reexperimentación que hacen que el diagnóstico de un TEPT sea el más adecuado.

Propuesta de tratamiento

Desde el centro de atención temprana se propone un tratamiento semanal con Arnau centrado en el procesamiento de la experiencia traumática. Dicho tratamiento incluirá también a los padres, promoviendo su sensibilidad hacia las reacciones emocionales y conductuales de Arnau y fortaleciendo el vínculo afectivo padres-hijo. Asimismo, el padre de Arnau será derivado a tratamiento individual a fin de prevenir que la situación de violencia familiar que se ha instaurado a raíz del accidente se prolongue en el tiempo, pudiendo derivar en un trauma complejo para Arnau.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN (Descargar o imprimir)

1. Clasifica los síntomas que presenta Arnau según los clústeres de síntomas del DSM-5 para el trastorno de estrés post-traumático.

2. Piensa en los posibles síntomas que, según Cook et al. (2005), podrían derivarse si la situación actual se mantuviera en el tiempo.

3. Desarrolla la fase de psicoeducación del modelo de la TCC-CT para los padres de Arnau.

Respuestas

1. — *Síntomas intrusivos: Arnau tiene recuerdos recurrentes y pesadillas sobre el accidente. Además, las representaciones del accidente en sus dibujos y sus ratos de juego libre son constantes. Presenta malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que le recuerdan algún elemento del accidente. Por*

ello, le cuesta mucho hablar del accidente, y cuando lo hace manifiesta una gran inquietud motora.

— *Evitación de estímulos relacionados con el suceso traumático: Arnau evita subir a coches, autobuses y trenes, y cuando sube presenta mucha ansiedad (llora, se enfada, se muerde la manga del jersey...).*

— *Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo: Tanto en casa como en la escuela han observado una reducción significativa de su interés en actividades que antes le gustaban, como jugar con los coches de juguete, con los muñecos o dibujar. Además, se le ve triste e irritable.*

— *Alteración importante de la alerta y reactividad: Desde el accidente, Arnau se enfada enseguida y por cualquier cosa; tiene grandes rabietas si las cosas no salen como él anticipaba, es poco flexible y se pelea mucho con su hermano pequeño. Además, le resulta difícil conciliar y mantener el sueño.*

2. *Según Cook et al. (2005), en caso de que la situación de conflictividad familiar producida por el accidente se mantuviese en el tiempo, Arnau estaría en riesgo de sufrir sintomatología propia del trauma complejo. La conflictividad viene aumentada por la vivencia de estrés del padre y sus relaciones agresivas con la madre. Así, de continuar la situación actual sin tratamiento, el vínculo entre Arnau y otros familiares podría verse afectado, con las dificultades sociales que de ello se podrían derivar (aislamiento, falta de confianza en los demás, dificultad para empatizar...). También podría suceder que las dificultades que Arnau tiene actualmente para regular su estado de ánimo se cronificasen en el tiempo, presentando dificultades más o menos permanentes a la hora de reconocer y responder a los estados emocionales propios y de los demás. En los casos más graves en que diferentes experiencias traumáticas co-ocurren entre sí, también puede ocurrir que el sujeto sufra alteraciones en las funciones cognoscitivas que le pueden dificultar la regulación de la atención, el pensamiento causal y el desarrollo de conceptos morales, entre otros.*

3. *La fase de psicoeducación para los padres de Arnau debería incluir:*

— *Explicación el impacto que el trauma puede tener, y de hecho ha tenido, en Arnau. Se debería incluir una explicación de los síntomas observables en Arnau (véase respuesta a la pregunta 1), así como su contextualización evolutiva, explicando la naturaleza adaptativa del estrés y su carácter desadaptativo cuando el suceso vivido supera los recursos de la persona para hacerle frente. Es importante normalizar la situación, hablar del problema y generar esperanza para la recuperación, explicando las características básicas del tratamiento a emplear.*

— *Revisión de las reacciones que los padres observan en su hijo, con el fin de ayudarles a entender a su hijo y empatizar con sus emociones.*

— *Información sobre la importancia del papel que tienen los padres en la*

recuperación de su hijo.

— *Instrucción en habilidades parentales y técnicas educativas para tal fin, tanto en técnicas de modificación de conducta (entrenamiento en premios, castigos, atención activa, atención selectiva y tiempo fuera, entre otros) como en técnicas de regulación del afecto (contener —calmar, tranquilizar—, ayudar a hacer frente, afrontar conjuntamente, hablar del problema, jugar a coches, etc.). En general, se trata de enseñar a los padres a reconocer, distinguir y responder a los estados emocionales de Arnau, convirtiéndolos en adaptativos, y ayudar a rehacerlos en un contexto interaccional exitoso.*

— *Proporcionar ayuda educativa/terapéutica a los padres, informándoles de cómo reducir su propio estrés y ansiedad frente al problema de Arnau, y sus propios problemas.*

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abad, J. y Forns, M. (2013). Resiliencia: victimización, superación de traumas y adversidades (pp. 1137-1161). En J. M. Pozueco (coord.), *Tratado de Psicopatología criminal. Psicología Jurídica y Psiquiatría Forense*. Madrid: EOS.

Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (2001a). Manual *for the ASEBA preschool forms and Profiles.* Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.

Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (2001b). *Manual for the ASEBA school-age forms and Profiles.* Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders.* Fifth Edition. Arlington: American Psychiatric Association.

Ammaniti, M., Van Ijzendoorn, M. H., Speranza, A. M. y Tambelli, R. (2000). Internal working models of attachment during late childhood and early adolescence: an exploration of stability and change. *Attach Human Development, 2*(3), 328-346.

Andreu Mateu, M. (2011). *Un protocolo de tratamiento psicológico para los trastornos adaptativos apoyado por un sistema de realidad virtual: Análisis de su eficacia a través de un estudio controlado*. Tesis doctoral. Universidad Jaume I. Castellón 2011.

Arvidson, J., Kinniburgh, K., Howard, K., Spinazzola, J., Strothers, H., Evans, M. et al. (2011). Treatment of Complex Trauma in Young Children: Developmental and Cultural Considerations in Application of the ARC Intervention Model. *Journal of Child and Adolescent Trauma, 4*(1), 34-51.

Australian Childhood Foundation (2013). *Safe and Secure: A trauma informed practice framework for understanding and responding to children and young people affected by family violence*. Eastern Metropolitan Region Family Violence Partnership: Ringwood.

Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A. y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema, 23*(3), 486-494.

Beck, A., Steer y Brown, G. K. (2011). *BDI-II Inventario de Depresión de Beck-II* (adaptado por J. Sanz, C. Vázquez y Dpto. I+D Pearson Clinical and Talent Assessment, 2011). Madrid: Pearson.

BeckerBlease, K. A., Turner, H. A. y Finkelhor, D. (2010). Disasters, victimization and children's mental health. *Child development, 81*(4), 1040-1052.

Bernstein, D. y Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D. y Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect, 27,* 169-190.

Biringen, Z., Robinson, J. y Emde, R. (1998). *Manual for scoring the emotional availability scales* (3.ª ed.). Unpublished

manuscript, Colorado State University, Fort Collins, CO.
Birmaher, B., Ehmann, M., Axelson, D. A., Goldstein B. I., Monk, K., et al. (2009). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS-PL) for the assessment of preschool children—a preliminary psychometric study. *Journal of Psychiatric Research, 43,* 680-686
Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J. y Neer, S. M. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(4), 545-553.
Blaustein, M. y Kinniburgh, K. (2010). *Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency.* Nueva York: The Guilford Press.
Boris, N. W., Zeanah, Ch. H. y Work Group on Quality Issues (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorders of infancy and early childhood. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*(11), 1206-1219.
Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment.* Londres: Basic Books.
Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation*. Londres: Basic Books.
Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness and depression*. Londres: Basic Books.
Brewin, C. R., Dalgleish, T. y Josep, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorders. *Psychological review, 103,* 670-686.
Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children: Professional Manual.* Florida: Psychological Assessment Resources Inc.
Briere, J., Johnson, K., Bissada, A., Damon, L., Crouch, J., Gil, E., Hanson, R. y Ernst, V. (2001). The Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): reliability and association with abuse exposure in a multisite study. *Child Abuse and Neglect, 25,* 1001-1014.
Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
Cantor, D. y Lynch, J. P. (2000). Self-report surveys as measures of crime and criminal victimization. *Criminal Justice, 4,* 85-138.
Castro, N., Campos, G. y López, C. (2003). Neurobiologia y tratamiento del trastorno de estrés post-traumático. *Medicina legal de Costa Rica, 20*(2), 1-7.
Chapman, L. (2014). *Neurobiologically Informed Trauma Therapy with Children and Adolescents: Understanding Mechanisms of Change*. Nueva York. Norton & Company.
Cicchetti, D. y Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of Community violence and child maltreatment: consequences for children development. *Psychiatry, 56,* 96-117.
Cohen, J. A., Mannarino, A. P. y Deblinger, E. (2012). *Trauma-focused CBT for children and adolescents: Treatment applications*. Nueva York: Guilford Press.
Cohen, J. A., Bukstein, O., Walter, H., Benson, R., Chrisman, A., Farchione, T. R. y Stock, S. (2010). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of American Academy of Children and Adolescent Psychiatry, 49*(4), 414-430.
Cook, A. C., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, Ch., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson, E. y Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and Adolescents. *Psychiatric Annals, 35*(5), 390-398.
Corral, P. , Echeburúa, E., Sarasúa, B. y Zubizarreta, I. (1995). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático agudo en víctimas de agresiones sexuales: un estudio piloto. *Psicología conductual, 3*(2), 195-210.
Courtois, C. A. (2008). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 8*(1), 86-100.
Crandal, B. y Conradi, L. (2013). *Review of Child and Adolescent Trauma Screening Tools*. San Diego CA: Rady Children's Hospital. Chadwick Center for Children and Families.
De la Osa, N., Ezpeleta, L., Doménech, J. M., Navarro, J. B. y Losilla, J. M. (1997). Convergent and discriminant validity of the Structured Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA-R). *Psychology in Spain, 1,* 37-44.
Dong, F., Cao, F., Cheng, P., Cui, N. y Li, Y. (2013). Prevalence and associated factors of poly-victimization in Chinese adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology, 54*(5), 415-422.
Echeburúa, E. y Amor, P. J. (2014). Trastorno por estrés postraumático. En L. Ezpeleta y J. Toro, *Psicopatología del desarrollo* (pp. 421-440). Madrid. Pirámide.
Ehlers, A. y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorders. *Behavior Research and Therapy, 38,* 319-345.
Elklit, A. y Petersen, T. (2008). Exposure to traumatic events among adolescents in four nations. *Torture, 18,* 2-11.
Ellonen, N. y Salmi, V. (2011). Poly-victimization as a life condition: correlates of poly-victimization among Finnish children. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention, 12,* 20-44.

Estévez, R. M., Oliva, A. y Parra, A. (2010). Acontecimientos vitales estresantes, estilo de afrontamiento y ajuste adolescente: un análisis longitudinal de los efectos de moderación. *Revista Latinoamericana de Psicología, 44*(2), 39-53.

Ezpeleta, L., de la Osa, N., Júdez, J., Doménech, J. M., Navarro, J. B. y Losilla, J. M. (1997). Diagnostic agreement between clinician and the Diagnostic Interview for Children and Adolescents – DICA-R in a Spanish outpatient sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38,* 431-440.

Ferreira, E. (2013). *Acontecimientos vitales y su impacto sobre los síntomas y los trastornos emocionales en adolescentes*. Tesis doctorado. Universidad Autónoma de Barcelona.

Finkelhor, D. (2007). Developmental Victimology: The comprehensive study of Childhood victimization. En R. C. Davis, A. J. Luirigio y S. Herman (eds.), *Victims of crime* (3.ª ed., pp. 9-34). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Finkelhor, D., Hamby, S. L., Ormrod, R. y Turner, H. (2005). The Juvenile Victimization Questionnaire: reliability, validity and national norms. *Child Abuse and Neglect, 29,* 383-412.

Finkelhor, D., Ormrod, R. K., Turner, H. A. y Hamby, S. L. (2005). Measuring poly-victimization using the juvenile victimization questionnaire. *Child Abuse and Neglect, 29*(11), 1297-1312.

Finkelhor, D., Ormrod, R. K. y Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse and Neglect, 31*(1), 7-26.

Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R. y Hamby, S. L. (2009). Violence, Abuse, and Crime Exposure in a National Sample of Children and Youth. *Pediatrics, 124*(5), 1411-1423.

Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A. y Hamby, S. L. (2013). Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: An update. *Pediatrics, 124*(5), 1-8.

Foa, B., Steketee, G. y Rotbaum, B. O. (1989). Behavioral/Cognitive conceptualization of Post-traumatic stress disorders. *Behavior Therapy, 20,* 155-176.

Ford, J. D., Wasser, T. y Connor, D. F. (2011). Identifying and determining the symptom severity associated with poly-victimization among psychiatrically impaired children in the outpatient setting, *16*(3), *Child Maltreatment*, 216-226.

Forns, M., Amador, J. A., Kirchner, T., Martorell, B., Zanini, D. y Muro, P. (2004). Sistema de codificación y análisis diferencial de los problemas de los adolescentes. *Psicothema, 16*(4), 647-654.

Forns, M., Kirchner, T., Amador, J. A. y Martorell, B. (2006). Estressors de la vida quotidiana en l'adolescència i relació amb estratègies d'afrontament: evolució segons edat i sexe. En F. Casas (coord.) (2006), *Infants, drets dels infants i la seva qualitat de vida: algunes aportacions des de la recerca psicològica a Catalunya*. Servei de Publicacions de la Universitat de Girona.

Forns, M., Kirchner, T., Lucio Gómez-Maqueo, E., Landgrave, P., Soler, L., Calderón, C. y Magallon-Neri, E. (2015). The Ability of Multi-type maltreatment and Poly-victimization approaches to reflect psychopathological impairment of victimization in Spanish Community adolescents. *Journal of Child and Adolescent Behavior, 3,* 187. doi: 10.4172/2375-4494.1000187.

Forns, M., Kirchner, T., Soler, L. y Paretilla, C. (2013). Spanish/Catalan version of the Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ): *Psychometric* properties. *Anuario de Psicologia/The UB Journal of Psychology, 43*(2), 171-187.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38,* 581-586.

Greenwald, R. y Rubin, A. (1999). Brief assessment of children's post-traumatic symptoms: Development and preliminary validation of parent and child scales. *Research on Social Work Practice, 9,* 61-75.

Hamby, S. y Finkelhor, D. (2000). The victimization of children: Recommendations for assessment and instrument development. *Journal of de American Academic Child and Adolescent Psychiatry, 39*(7), 829-840.

Hamby, S. y Finkelhor, D. (2001). *Choosing and using Child victimization questionnaires. Juvenile Justice Bulletin*, OJJDP (Office of Juvenile Justice and delinquency prevention). U. S. Department of Justice.

Hamby, S. L., Finkelhor, D., Ormrod, R. K. y Turner, H. A. (2004). *The juvenile victimization questionnaire (JVQ): Administration and scoring manual*. Durham, NH: Crimes against Children Research Center.

Hawkins, S. S. y Radcliffe, J. (2006). Current Measures of PTSD for children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology, 31*(4), 420-430.

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5,* 377-391.

Hobfoll, S. E. (2001). The influence of Culture, Community and the Nested-self in the stress Process: advancing Conservation of Resource Theory. *Applied Psychology: An international review, 2001, 50*(3), 337-421.

Hoffman, K., Marvin, R., Cooper, G. y Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The Circle of Security Intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(6), 1017-1026.

Horowitz, M. J. (1997). *Stress response syndromes. PTDS, grief and adjustment disorders.* Northvale, N. J. Jason Aronson.

Jackson, A. L., Waters, S. E., Meehan, T. L, Hunter, S. y Corlett, L. R. (2013). *Making Tracks: A Trauma-Informed Framework for Supporting Aboriginal Young People Leaving Care*. Melbourne: Berry Street.

Jiménez, L., Menéndez, S. e Hidalgo, M. V. (2008). Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología, 26*(3), 427-440.
Johnson, J. H. y McCutcheon, S. M. (1980). Assessing life stress in older children and adolescents: Preliminary finding with Life Events Checklist. En I. G. Sarason y C. D. Spielberger (eds.), *Stress and Anxiety* (pp. 111-125). Washington, DC: Hemisphere.
Kaffman, A. (2009). The silent epidemic of neurodevelopmental injuries. *Biological Psychiatry, 66*, 624-626.
Karatzias, T., Power, K., Brown, K., McGoldrick, T., Begum, M., Young, J., Loughran, P. y Menon, S. B. y Jayan, C. (2010). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: A Conceptual Framework. *Indian Journal of Psychological Medicine, 32*(2), 136-140.
Klain, E. J. y White, A. R. (2013). *Implementing trauma-informed practices in child welfare*. State Policy Advocacy and Reform Center (SPARC). Obtenido en 30/01/2015: http://childwelfaresparc.org/wp-content/uploads/2013/11/Implementing-Trauma-Informed-Practices.pdf.
Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory, CDI*. Toronto: MultiHealth Systems, Inc. (adaptado por del Barrio, V. y Carrasco, M. A. Madrid: TEA).
Lang, P. J. (1984). The cognitive psychophysiology of emotion: fear and anxiety. En A. H. Tuma y J. D. Maser (eds.), *Anxiety and the Anxiety Disorders*. Hillsdale, N. Y. Laurence Erlbaum.
Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.
López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 13*(3), 159-174.
Lucio-Gómez-Maqueo, E. y Durán, C. (2003). *Sucesos de vida. Adolescentes*. México: Ed. El Manual Moderno.
Luxenberg, T., Spinazzola, J., Hidalgo, J., Hunt, Ch. y Van der Kolk, B. A. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) Part two: Treatment. *Directions in Psychiatry, 21,* Lesson 28.
Mannarino, A. y Mallah, K. (2008) *How to Implement Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy.* From the National Child Traumatic Stress Network Child Sexual Abuse Task Force. Obtenido en 30/01/2015: http://www.nctsnet.org/nctsn_assets/pdfs/TF-CBT_Implementation_Manual.pdf.
Mata, D., Suárez, A., Torres, C., Carro, A. y Ortega, E. (2009). Uso del cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ) como instrumento de cribado de trastornos psiquiátricos en la consulta de pediatría de Atención Primaria. *Boletín de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León, 49*, 259-262.
Molina, A. M., Zaldívar, F., Gómez, I. y Moreno, E. (2006). Discriminant and criterion validity of the Spanish version of the Children's Interview for Psychiatric Syndromes-Parents' version (P-ChIPS). *European Journal of Psychological Assessment, 22*, 109-115.
Moos, R. H. (1993). *Coping Responses Inventory Youth-form. (CRI-Y) Professional Manual.* Odessa, Florida: PAR. Psychological Assessment Resources.
Moos, R. H. y Moos, B. S. (1990). *LISRES-Y. Life stressors and Social Resources Inventory-Youth form.* Odessa, Florida: PAR. Psychological Assessment Resources.
Nilson, D., Gustafsson, P. E. y Svedin, C. G. (2010). Self-reported potentially traumatic life events and symptoms of post-traumatic stress and dissociation. *Nordic Journal of Psychiatry, 64*(1), 19-26.
Oates, J. (2007). *Relaciones de apego. La calidad del cuidado en los primeros años.* Milton Keynes. Londres: The Open University.
Olaya, B., Tarragona, M. J., De la Osa, N. y Ezpeleta, L. (2008). Protocolo de evaluación de niños y adolescentes víctimas de la violencia doméstica. *Papeles del psicólogo, 29*(1), 123-135.
Oliva, A., Jiménez, J. M., Parra, A. y Sánchez-Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica, 13*(1), 53-62.
Osofsky, J. (ed.) (2004). *Young children and trauma: Intervention and treatment*. Nueva York, NY: Guilford Press.
Pereda, N. y Gallardo-Pujol, D. (2011). Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. *Gaceta Sanitaria, 25*(3), 233-239.
Pereda, N., Abad, J. y Guilera, G. (2014). Victimization et poly-victimization dans un échantillon d'adolescents espagnols patients ambulatoires, *Criminologie, 47*(1), 267-286.
Pereda, N., Guilera, G. y Abad, J. (2014). Victimization and poly-victimization of Spanish children and youth: Results from a community simple. *Child Abuse and Neglect*, http://dx.doi.org/10.1016/J.chiabu.2014.01.019.
Perry, B. (2007). *Stress, Trauma and Post-traumatic Stress Disorders in Children*. The Child Trauma Academy (retrieved on 31/11/2014 from: https://childtrauma.org/wp-content/uploads/2013/11/PTSD_Caregivers.pdf).
Perry, B. D. (2006). Applying principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children: The Neurosequential Model of Therapeutics. En N. Webb (ed.), *Working with traumatized youth in child welfare* (pp. 27-52). Nueva York, NY: Guilford Press.
Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakely, T. L., Baker, W. L y Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of

adaptation, and «use dependent» development in the brain: How «states» become «traits». *Infant Mental Health Journal, 16*(4), 271-291.
Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieye, A., Meister, C., Miljkovitch, R. y Halfon, O. (1996). Les modèles de relations: Développement d'un auto-questionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatrie de l'Enfant, 1,* 161-206.
Piñuel, I y Oñate, A. (2006). *AVE. Acoso y violencia escolar*. Madrid: TEA.
Reich, W. (2000). Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39,* 59-66.
Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (2004). *BASC. Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes*. Madrid: TEA.
Rigby, K. y Slee, P. T. (1993). Dimensions of interpersonal relating among Australian school children and their implications for psychological well-being. *Journal of Social Psychology, 133,* 33-42.
Robjant, K. y Fazel, M. (2010). The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: a review. *Clinical Psychology Reviews, 30*(8), 1030-1039.
Rodriguez, N., Steinberg, A. S. y Pynoos, R. (2014). *The UCLA Reaction Index*. UCLA/Duke University National center for Child Traumatic Stress. University of California, Los Angeles (rpynoos@npih.medsch.ucla.edu).
Rygaard, N. P. (2008). *El niño abandonado: guía para el tratamiento de los trastornos del apego*. Barcelona: Gedisa.
Sanmartín, J. (2011). *Maltrato infantil en la familia en España. Informe, estudios e investigación*. Madrid: Centro Reina Sofía.
Shapiro, D. y Levendosky, A. (1999). Adolescent survivors of childhood sexual abuse: The mediating role of attachment style and coping in psychological and interpersonal functioning. *Child abuse and Neglect, 11,* 1175-1191.
Shapiro, F. (1998). EMDR: Accelerated information processing and affect driven constructions. *Crisis Intervention, 4,* 145-157.
Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures*. Nueva York: The Guilford Press.
Shapiro, F. y Forrest, M. (1997). *EMDR the breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress, and trauma*. Nueva York: Basic Books.
Shmueli-Goetz, Y., Target, M., Fonagy, P. y Datta, A. (2008). The Child Attachment Interview: A psychometric study of reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology, 44*(4), 939-956.
Simonelli, A. (2013). Posttraumatic stress disorder in early childhood: classification and diagnostic issues. *European Journal of Psychotraumatology, 4,* 1-11.
Soler, L., Forns, M., Kirchner, T. y Segura, A. (2015). Relationship between particular areas of victimization and mental health in the context of multiple victimizations. *European Child and Adolescent Psychiatry, 24*(4), 417-425. doi: 10.1007/s00787-014-0591-2.
Soler, L., Paretilla, C., Kirchner, T. y Forns, M. (2012). Effects of poly-victimization on self-esteem and post-traumatic stress symptoms in Spanish adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry, 21*(11), 645-653.
Spaccarelli, S. (1995). Measuring abuse, stress, and negative cognitive appraisals in child sexual abuse: Validity data on two new scales. *Journal of Abnormal Child Psychology, 23*(6), 703-727.
Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V. y Balla, D. V. (2005). *Vineland Adaptive behavior Scales-II*. Circle Pines, MN. American Guidance Service.
Spielberger, C. D., Gorsch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI.* Madrid. TEA Ediciones.
Strand, V. C., Pasquale, L. E. y Sarmiento, T. L. (2011). Child and Adolescent Trauma Measures: A review. Children F.I.R.S.T. (http://ncswtraumaed.org/wp-content/uploads/2011/07/Child-and-Adolescent-Trauma-Measures_A-Review-with-Measures.pdf).
Trianes, M. V., Blanca, M. J., Fernández-Baena, F. J., Escobar, M. y Maldonado, E. F. (2011). IECI: *Inventario de estrés cotidiano infantil*. Madrid: TEA.
Walsh, A. A., MacMillan, H. L., Trocmé, N., Jamieson, E. y Boyle, M. H. (2008). Measurement of victimization in adolescence: development and validation of the childhood Experiences of Violence Questionnaire. *Child Abuse and Neglect, 32,* 1037-1057.
Waters, E. y Cummings, E. M. (2000). A secure base from which to explore close relationships. *Child Development, 71*(1), 164-172.
Weller, E. B., Weller, R. A., Rooney, M. T. y Fristad, M. (1999). *Children's Interview for Psychiatric Syndromes.* Washington, DC: American Psychiatric Press.
Yehuda, R. (2002). Post-traumatic stress disorder. *The New England journal of medicine, 346*(2), 108-114.
Zero to Three (2005). *Diagnostic classification 0-3R: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders in infancy and early childhood (Rev. Ed.).* Washington, DC: Zero to Three Press.

NOTAS

1 Un vínculo afectivo seguro implica la confianza de parte del niño de que el adulto responderá eficazmente a sus demandas en momentos de necesidad. Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) definieron tres patrones de apego. El apego seguro permite al niño modular su respuesta fisiológica al estrés; por ello caracteriza a niños seguros, con iniciativa, y que son capaces de explorar y aprender del entorno en presencia y ausencia del cuidador. Los niños con apego inseguro tienen dificultades para establecer patrones de relación y de intercambio de apoyo con sus padres o cuidadores; tales patrones podrían matizar o mitigar el impacto del trauma. El apego inseguro-evitativo caracteriza a niños que ignoran o interaccionan escasamente con el cuidador, y realizan escasa búsqueda de contacto, con pocas muestras de angustia o de ira ante la ausencia del cuidador. El apego inseguro ansioso-ambivalente identifica a niños excesivamente pendientes del cuidador que muestran alta reacción cuando el cuidador se ausenta y que a su vuelta dan respuestas ambivalentes que alternan muestras de aceptación/rechazo. El apego desorganizado se asocia con respuestas de disregulación de las respuestas fisiológicas e identifica a niños con conductas desorganizadas y expresiones de necesidad/temor ante la separación/presencia de la figura del cuidador.

10

Los trastornos depresivos y sus tratamientos

VICTORIA DEL BARRIO

OBJETIVOS DEL CAPÍTULO

Se pretende que al finalizar la lectura de este capítulo el lector pueda tener una idea exacta de lo que es la depresión infantil y juvenil, sus factores de riesgo más comunes, cuáles son sus síntomas y tipos, cómo puede ser diagnosticada y qué instrumentos de intervención tenemos, tanto para su prevención primaria como secundaria.

Es evidente que este es un proyecto excesivamente ambicioso para la consecución de estas metas en tan corta extensión. Sin embargo, todo puede ser sintetizado. Mi tarea es hacer bien esa síntesis. Espero que mi experiencia en la investigación sobre este tema me ayude a hacerlo con claridad y eficacia.

1. INTRODUCCIÓN TEÓRICA

La depresión infantil y juvenil es hoy un tema perfectamente asentado en la comunidad científica, pero no siempre ha sido así. Hubo un tiempo en el que los profesionales de la Psicología y la Psiquiatría no consideraban que los niños pudiesen desarrollar una depresión. Los marcos conceptuales vigentes (conductismo y psicoanálisis) no la admitían por diferentes razones. En el conductismo no interesaba esta perturbación, por tratarse de un trastorno interiorizado cuyo acceso a la observación no era posible. El psicoanálisis consideraba que no había posibilidad de que un niño, en su nivel de maduración, pudiera desarrollar esta perturbación, puesto que carecía de reflexibilidad suficiente para experimentar descontento respecto del yo. Hizo falta un cambio de paradigma, la aparición del cognitivismo, para que la depresión infantil (DI) alcanzase la posibilidad de tener un marco teórico desde el cual ser pensada.

Paradójicamente, los pioneros de la investigación sobre DI fueron dos investigadores que procedían del psicoanálisis, pero ambos, Spitz y Bowlby, se situaron fuera de la ortodoxia de su paradigma.

Spitz era médico y dirigía un orfelinato, en el que había un grupo de niños que presentaban unos síntomas patológicos, pero sin diagnóstico claro. Este investigador, observando y filmando a ese grupo, hizo una primera definición de DI de carácter fenomenológico:

> Los niños se vuelven llorones, exigentes, tienden a asirse al observador cuando éste logra tener contacto con ellos..., y el lloriqueo se torna en gemidos. Se inicia la pérdida de peso. Hay una detención del índice de desarrollo..., los niños se niegan al contacto, yacen postrados. Se inicia el insomnio, prosigue la pérdida de peso. Hay una tendencia a contraer enfermedades intercurrentes; el retraso motor se generaliza. Se inicia la rigidez facial..., el retraso motor se acrecienta y aparece el letargo. Factores etiológicos: descubrimos que todos los niños de la muestra que habían generado este síndrome tenían una experiencia común: en cierto momento, entre el sexto y octavo mes de vida, todos ellos habían sido separados de sus madres durante un período ininterrumpido de tres meses (Spitz,1965, pp. 199-200).

Esta definición descriptiva tiene la ventaja de ser ateórica y, por tanto, duradera, y sigue siendo vigente, ya que recoge los principales criterios con los que definimos hoy la depresión en los niños. Spitz la denominó *depresión anaclítica* (adjetivo que proviene del griego y que significa «falta de apoyo»).

Bowlby (1969) dedicó su investigación a aclarar la naturaleza del vínculo entre la madre y el niño *(attachment),* al que llamamos apego. Determinó que el período crítico del apego está entre los seis meses y los tres años de edad. Cuando el vínculo se rompe en este período, se produce en el niño una alteración que pasa por fases evolutivas: *protesta*, *desesperación y desvinculación*. Hetherington y Martin (1972) denominaron a estas fases: protesta, depresión y marasmo, y en ellas ya se incluye expresamente el término depresión.

Pero tanto Spitz como Bowlby no eran bien considerados o aceptados en campo de la psicología científica. El espaldarazo a la DI vino de la mano de Harlow, Akerson y Seligman.

Harlow y Suomi (1971), etólogos, describieron comportamientos parecidos a la DI en primates separados experimentalmente de sus madres; esto evidenció que con un desarrollo mental pobre puede darse DI; por tanto, la tesis del psicoanálisis quedaba sin apoyo empírico.

Desde el marco del análisis factorial, Ackerson (1942) encontró un factor compuesto por conductas tales como: estar triste, lloros, apatía..., es decir, un *cluster* de conductas depresivas. También en los trabajos de Wiggins y Winder (1961) y los de Seigelman (1966) aparecía este factor (tristeza, inactividad y aislamiento) en datos procedentes de listados de conductas y de sociogramas aplicados en aulas, que coincidía con comportamientos depresivos. Sin embargo, todos estos estudios objetivos tuvieron poco impacto, porque provenían del ámbito de la educación y no pasaron al de la clínica.

El mundo de la psiquiatría sólo acepto la DI en el IV Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatras celebrado en Estocolmo (1971).

En el campo de la psicología cognitiva, la obra esencial que permitió asumir la existencia de la DI fue la *Indefensión aprendida* (Seligman, 1975; 1995), que se ajusta como anillo al dedo a la descripción de Bolwby.

En modelo tripartito de Watson y Clark, adaptado a niños, se produce la interpretación de la depresión infantil como una compleja relación entre sentimientos negativos inespecíficos que correlacionan positivamente entre sí, pero a la vez independientes de los sentimientos positivos, con los que correlacionan negativamente (Chorpita, Plummer y Moffitt, 2000). La actividad fisiológica que subyace a estas emociones sólo correlaciona positivamente con ansiedad, pero no necesariamente con depresión; por tanto, se considera la depresión como un sentimiento negativo perfectamente diferenciado de los otros.

Hay una confluencia entre todas las escuelas teóricas, a partir de los años setenta, sobre la existencia de la DI. Desde entonces se ha desarrollado una abundantísima actividad de investigación. El primer síntoma de ello fue la creación de instrumentos de evaluación, apareciendo en los ochenta los primeros programas de intervención (Stark, Reynolds y Kaslow, 1987).

En estos momentos la investigación sobre DI está inmersa en la búsqueda de las bases biológicas del trastorno y se aborda desde todas las perspectivas teóricas.

Un estudio bibliométrico sobre la producción española sobre el tema de DI muestra que el 88 por 100 de estudios sobre DI se ha publicado a partir de 1983 (Zamorano, 2003), estando el pico de la producción entre 2001 y 2006 (Herrera, Núñez, Tobón y Arias, 2009).

1.1. Desarrollo evolutivo normal y aspectos epidemiológicos

Las emociones están presentes en el niño desde su nacimiento: siente emociones, y las expresa gestual, vocal y corporalmente. El adulto las percibe y puede discriminarlas y actuar

en consecuencia. La emoción es la primera y más intensa forma de comunicación.

Existe una copiosa investigación experimental acerca de cómo se pueden evaluar las emociones infantiles y cuáles son las etapas de la maduración que permiten su aparición. Hay un cierto consenso entre investigadores de que las emociones primarias (miedo, ira y alegría) son expresadas por el niño desde la primera semana de vida, y todas las demás, llamadas secundarias (orgullo, celos, suspicacia, etc.), se van instalando sucesivamente. Hacia los 2 años aparecen las emociones secundarias; alrededor de los 3 años el niño puede nominarlas, lo que le capacita para conocerlas y para dominarlas; entre los 2 y 4 años reconoce su propio estado de ánimo; entre los 4 y los 5 reconoce el desencadenante de sus emociones básicas; a los 5 o 7 años reconoce los elicitadores de las emociones propias y las ajenas y, por último, a los 7 se considera que el proceso de instalación está concluso y el niño tiene capacidad para hablar sobre sus emociones, es decir, se inicia la metacognición de las mismas.

Es evidente que el proceso de maduración y culturización y educación emocional dura la vida entera y que a lo largo de ella puede ir cambiando la experiencia emocional, pero el proceso básico de su consecución se da en la primera década (del Barrio, 2002).

La depresión, como una emoción patológica, emerge especialmente del miedo y consiste en una huida ante el afrontamiento de los problemas, al tiempo que se produce una negativa estimación de ese tipo de solución, con lo cual el sujeto se ve inmerso en una emocionalidad negativa incapacitante que mengua su eficacia en las actividades habituales, lo que todavía produce más insatisfacción. Pero hay también evidencias de que la ira se asocia con la depresión en el niño (del Barrio, 2007; Arratibel, Jané, Bonillo, Laredo, Viñas y Domenech, 2010), lo que muestra el enraizamiento de la depresión con dos emociones primarias. Esto explica que la irritabilidad sea la característica distintiva de la depresión infantil frente a la adulta en los DSMs.

Una reacción depresiva en el mundo adulto es fácilmente reconocida, y también en el adolescente, pero es difícil de aceptar que un niño pueda desarrollar este tipo de trastorno. Sin embargo, las cifras muestran tercamente que esto es posible, y aunque la depresión infantil no es muy prevalente, en la adolescencia aparece un incremento preocupante.

Prevalencia

La prevalencia de depresión se sitúa entre un 15 y un 25 por 100 de la población adulta (APA, 2013); la prevalencia media de la depresión mayor es del 7 por 100, con el pico más alto entre los 18 y los 20 años, es decir, en la primera juventud.

Si nos focalizamos en la población infantil, las cifras de depresión mayor se sitúan entre un 2 y un 10 por 100, con una distinta distribución según el período evolutivo: se estima que hay un 2 por 100 en la primera niñez, entre un 4 y un 6 por 100 en preadolescencia y entre un 4 a un 10 por 100 en la adolescencia, pero si tomamos en cuenta la totalidad de la vida la cifra se eleva a un 20 por 100, lo que indica que la depresión infantil tiene recidivas, igual que la adulta (Beardslee, Glandstone y O'Connor, 2012). La prevalencia de trastorno depresivo

persistente (TDP) es mucho más bajo que el de la DM, pues se sitúa entre 0,6 y 4,6 por 100 en niños, y entre 1,6 y 8 por 100 en adolescentes (Flament, Cohen, Choquet, Jeammet y Ledoux, 2001), el último DSM-5 considera que sólo se da en un 0,5 por 100 de la población.

En los últimos años estas cifras parecen disminuir; sin embargo, los pocos estudios comparativos de cohortes desde 1936-1945, 1946-1955, 1956-1965 y 1966-1975 muestran que las tasas de depresión crecian significativamente, y muy especialmente en la última década estudiada (Kessler y Walters, 1997).

Otro tema es la probabilidad de recidivas. El riesgo es de un 40 por 100 en dos años de seguimiento, y puede alcanzar hasta un 70 por 100 si el seguimiento se eleva a cinco años (Rice et al., 2008).

También hay una probabilidad de perduración en el tiempo, ya que se estima en un 9 por 100 los adolescentes deprimidos que serán adultos deprimidos (Lewinsohn, Rohde, Klein y Seeley, 1999).

Las tasas de depresión en España son muy semejantes a las de otros países desarrollados, ya que la prevalencia de depresión se sitúa entre el 5 y el 13 por 100. Como se puede comprobar en la tabla 10.1 las tasas crecen en función de la edad, ya que entre 3-6 años se ha encontrado un 0,87 por 100, mientras que las más altas son las de adolescentes.

TABLA 10.1
Incidencia de depresión en niños y adolescentes españoles

Autor	Lugar	Edad	Porcentaje
Doménech y Polaino, 1990a	Madrid, Barcelona, Coruña, Gerona, Sevilla, Valencia	8-11	8 %
Mestre, 1992	Valencia	13-17	8 %
Rivas et al., 1995	Santander	8-15	13,63 %
Moreno, 1998	Madrid	3-6	7 %
Roa y del Barrio, 2002	Madrid	9-13	6 %
Carrasco et al., 2000	Sevilla	12-16	12 %
Bragado, 1999	Madrid	6-17	10 %
Aláez et al., 2000	Madrid	0-18	14,6 %
Canals et al., 2001	Reus	17-18	12 %
Del Barrio et al., 2001	Distintas ciudades españolas	7-10	7 %
Buela et al., 2001	Granada	10-12	8,2 %
Colomer et al., 2004	Olot	3-6	0,87 %
López Soler et al., 2012	Murcia	12-17	19 %

Ferrer y Checa, 2013	San Sebastián	9-10 años	9,7 %

1.2. Características del trastorno según la edad

La depresión en los niños varía en función de la edad, el sexo, la clase social, la etnia y otros muchos parámetros. Los datos son muy consensuados respecto a la incidencia en distintos niveles de edad: por debajo de los 12 años la incidencia es baja y semejante en varones y en mujeres, e incluso pueden darse más casos en varones, sin que las diferencias lleguen a ser significativas, pero a partir de la adolescencia las mujeres superan a los hombres y ocupan dos tercios del total de casos de depresión.

Desde hace 50 años Peterson subrayó que, así como los trastornos interiorizados eran más frecuentes en los niños antes de la pubertad, a partir de ella eran las niñas las que alcanzaban prevalencias más altas; estos datos parecen permanecer muy estables lo largo del tiempo (Stark, Banneyer, Wang y Arora, 2012). Lo mismo sucede en la población española. Por tanto, la edad está íntimamente ligada a la incidencia de la depresión, que es más frecuente en las mujeres a partir de los 12 años y en una proporción de 1 a 5 (del Barrio y Carrasco, 2013).

Pero en lo que verdaderamente se aprecian diferencias en los distintos niveles de edad es en el tipo de sintomatología y en los desencadenantes:

a) Respecto de los síntomas, los niños pequeños muestran más síntomas de carácter exteriorizado (Weisz, Rudolph, Granger y Sweeney, 1992), y hasta los seis años la depresión en los niños se manifiesta en protestas, malestar y somatizaciones.

   A partir de los seis años se añade, como característica especial, la asociación de la depresión con incremento de los problemas de conducta en la mayor parte de los casos (Shafii y Shafii, 1995).

   En la adolescencia todo cambia: la familia, la escuela, los amigos, la propia apariencia, la sexualidad, los proyectos, el grado de independencia; por tanto, es perfectamente normal que todo ello produzca inquietud e inseguridad. Gotlib, Lewinsohn y Seeley (1995) sostienen que los síntomas más representativos de los adolescentes son la anhedonia, los trastornos de peso y apetito, la indecisión y los pensamientos suicidas; éste es uno de los síntomas más preocupantes de este período (Starling, Rey y Simpson, 2004). El riesgo de suicidio, si se asocia a depresión, es 9 veces más alto (de la Torre, Cubillas Román y Abril, 2009). No hay que olvidar que el suicidio se ha convertido en la primera causa de muerte adolescente, al descender la accidentabilidad, y es la sexta causa de muerte en niños de 5-14 años.

   Cuando la evolución de la sintomatología de la DI se considera desde una perspectiva histórica, también se advierten cambios evolutivos en la apreciación sintomatológica, puesto que los investigadores están influidos por los paradigmas teóricos vigentes y prestan atención a diferentes síntomas. Al comienzo de la investigación se listaban más síntomas de carácter psicoanalítico, mientras que

actualmente se pone mayor énfasis en los de carácter cognitivo (del Barrio, 1990).

b) Por lo que se refiere al desencadenante: en niños de cero a seis años los elementos elicitantes de la depresión están ubicados en el seno familiar (Bufferd, Dougherty, Olino, Dyson, Laptook, Carlson y Klein, 2014). La relación con los padres y hermanos es esencial, puesto que constituye el eje de sus motivaciones y, por tanto, también son la causa de sus sentimientos negativos. El apego equilibrado durante los tres primeros años es una base sólida para la constitución de una afectividad sana y, por tanto, su adecuada instalación es la mejor prevención de la depresión. El apoyo familiar equilibrado es el mejor antidepresivo.

Cuando el niño alcanza los seis años se perfilan dos nuevos elementos de riesgo, que derivan de la creciente socialización del niño: la escuela y los amigos se convierten en nuevas fuentes de desajustes. El trabajo escolar es un elemento importante en la constitución de la autoestima y su fracaso es también fuente de depresión. Cuando surgen problemas en la interacción con compañeros aparece el rechazo, y con él aumentan las emociones negativas y el riesgo de depresión (Martínez, Schneider, Zambrana, Batista y Soca, 2014). En este nivel de edad los padres y maestros deben estar atentos a la relación con los compañeros, porque éstos son buenos detectores de problematicidad. Si un niño entre seis y doce años no tiene amigos, algo pasa.

En esta etapa es especialmente importante evitar las comparaciones con los hermanos o compañeros, así como exigencias poco acordes con sus capacidades, pues ello puede fomentar la aparición de una autoestima negativa. El deficiente afrontamiento de las tareas propias de su edad acumulará experiencia de fracasos, que actúan generando indefensión, la cual, como veremos, es una de las raíces de la depresión.

En la adolescencia la aparición de la depresión tiene que ver en general con la aceptación y búsqueda del propio camino. Los desencadenantes más habituales están ligados a la aceptación del propio cuerpo, a la interacción con compañeros y a reveses amorosos.

1.3. Modelos explicativos y/o etiología

Cuando se indagan los motivos por los que una depresión aparece es evidente que no hay un solo motivo o causa de la depresión, sino que existen numerosos factores que interactúan entre sí de manera compleja y no son especialmente específicos, ya que un mismo elicitador (por ejemplo, maltrato paterno) puede llevar a desencadenar en el niño tanto una depresión como problemas de oposición desafiante.

Así que en este área nos movemos en un modesto plano de correlaciones o predicciones, con una base de probabilidad aceptable, pero no se pasa de ahí, ni siquiera en el campo de la fisiología, donde los indicadores siguen sin ser invariables.

Entre todos los factores estudiados, personales o sociales, hay que señalar que el peso de

los aspectos personales es mayor que el de los sociales. Sin embargo, los sociales se prestan más al cambio, y desde el punto de vista psicológico son los que van a concitar nuestra mayor atención.

1.3.1. Aspectos personales

Organismo

Consideramos aspectos personales aquellos que pertenecen al individuo desde su nacimiento y que están condicionados por una estructura corporal básica heredada. Entre ellos se encuentran primariamente el sistema nervioso y el sistema endocrino, regulados geneticamente, y que dan lugar a estructuras más complejas, primariamente el temperamento y secundariamente la personalitad.

Comenzaremos por el análisis de los aspectos corporales ligados a la depresión.

Puig-Antich estudió en los años ochenta los EEG en niños deprimidos, y no encontró diferencias entre los patrones de sueño ni tampoco en los movimientos REM. Actualmente tampoco se han encontrado diferencias en población española (Moo, Valencia y Ulloa, 2011). Es probado que los adolescentes deprimidos tienen problemas de duración y conciliación del sueño (Sivertsen, Harvey, Lundrevold y Hysing, 2014), pero esto no parece afectar a los patrones fisiológicos del mismo.

Parece que con neuroimagen se han detectado alteraciones en la estructura cerebral: reducción en el hipocampo, amígdala, putamen, un menor tamaño del lóbulo frontal y un incremento del ventral lateral en niños deprimidos (Whittle, Lichter, Dennison et al., 2014). Hay también una menor actividad en la amígdala y disfunciones en las sinapsis de las células de Purkinje. Se ha apreciado un descenso de la serotonina, norepinefrina, tiroxina y melatonina en grupos deprimidos, y detectado mayores tasas residuales de cortisol, pero los porcentajes de estos marcadores no son altos ni constantes.

A partir de estudios con gemelos se ha llegado a cuantificar que el peso genético alcanza un 40 por 100 y éste se vuelve mayor a medida que avanza la edad, sobre todo en las chicas (Scourfield, Rice, Thapar, Harold, Martin y McGuffin, 2003). En los noventa Tusuang y Faraone precisaron que los univitelinos criados conjuntamente presentaban depresión en el 75 por 100 de los casos, mientras que en los educados por separado este porcentaje descendía al 67 por 100. A comienzos de este siglo se han aislado unos alelos relacionados con la serotonina, el A2, gen receptor (HTR2A) (Gadow, Smith y Pinsonnealult, 2014), como el alelo corto del gen 5-HTTLPR, que parece ser responsable del transporte de la serotonina y potencian un mayor estrés ante acontecimientos negativos y propician la aparición de la depresión (Start, Hamen, Brennan y Najman, 2013). Esto parece ser la base última de las disfunciones somáticas relacionadas con la depresión, tales como mayores tasas de cortisol, menor producción de la hormona de crecimiento, alteraciones en los ritmos del sueño y apetito.

Es evidente que los elementos biológicos tienen un peso importante en la aparición de trastornos depresivos (véase figura 10.1).

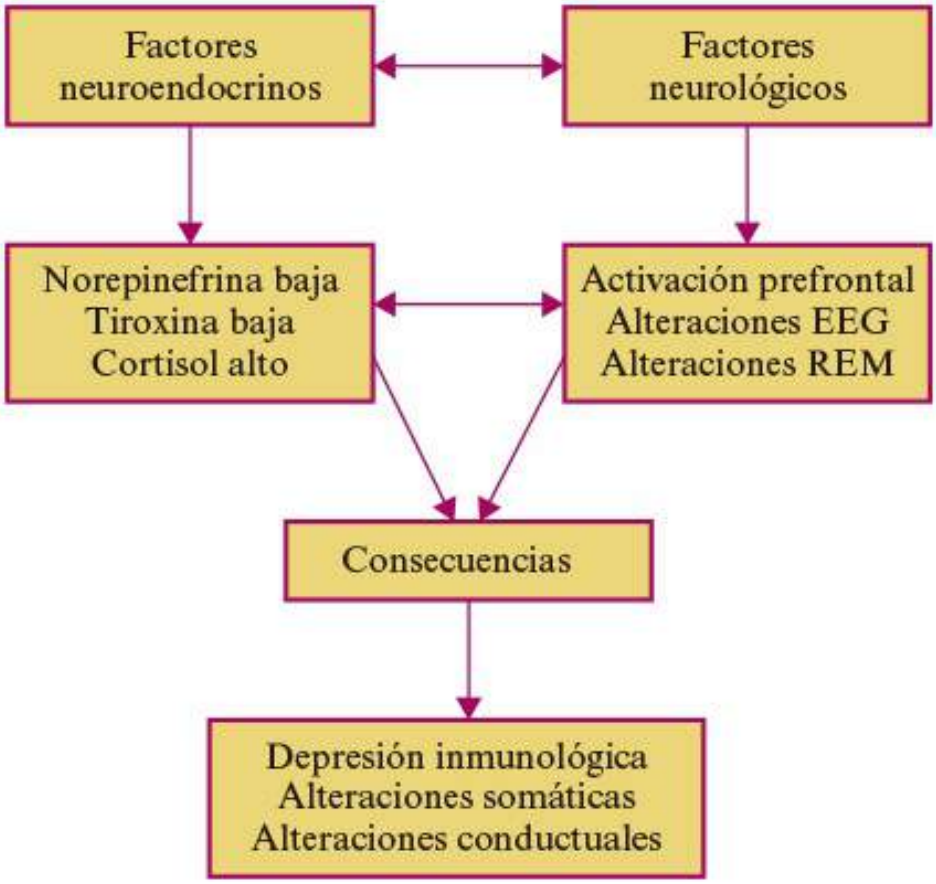


Figura 10.1.—Resumen de factores biológicos de la depresión.

Temperamento

Como consecuencia de esa estructura biológica se constituye una determinada manera de responder a la estimulación, y eso es lo que en psicología llamamos *temperamento*, considerado como la plasmación personal de lo biológico. Se ha encontrado, desde el comienzo de la investigación sobre el temperamento, una fuerte vinculación de éste con las respuestas emocionales. El temperamento clásico melancólico sería la base de las respuestas depresivas. Estudios objetivos posteriores han demostrado que las características temperamentales más fuertemente ligadas a la depresión son actividad baja, huida (Colder et al., 2002), emotividad alta, huida alta, ritmicidad baja e inhibición alta (Austin y Chorpita, 2004); todas ellas constituyen lo que se entiende por «emotividad negativa». Comparando grupos con baja, media y alta emotividad, la depresión estaba presente en un 5 por 100, 26 por 100 y 68 por 100 de casos, respectivamente. Parece claro que la emoción negativa es una de las raíces de la depresión y se asienta en el temperamento (del Barrio y Carrasco, 2013).

Personalidad

A medida que pasa el tiempo y la interacción temperamento-contexto crece, aparece aquello que en psicología llamamos *personalidad*.

Ya Eysenck había establecido que el *neuroticismo* y la *introversión* eran los dos factores personales que indicaban mayor vulnerabilidad a la depresión. Lo mismo ocurre si se parte de otra estructura de la personalidad como la de los *cinco grandes* (inestabilidad emocional, apertura, conciencia, extraversión, cordialidad), donde inestabilidad emocional e introversión son los mejores predictores de depresión (del Barrio y Carrasco, 2013). También aparece correlación entre los factores personales de los padres (neuroticismo e introversión) y los de los hijos, que son las estructuras personales fundadas en el temperamento y heredables (Chen, Guo y Chen, 2012).

Otros parámetros de personalidad *(autoestima, autoeficacia, empatía y procesos cognitivos)* también se relacionan con la aparición de la depresión. La cognición aparece ligada a la depresión, especialmente en adolescentes.

El estilo atributivo es uno de los elementos clásicos considerado unas veces como causa y otras como consecuencia de la depresión. Beck sostiene que las ideas negativas propician la distorsión cognitiva sobre el yo, el mundo y el futuro, suponiendo un factor de vulnerabilidad para la depresión. Seligman creó el concepto *indefensión aprendida,* que consiste en una expectación de fracaso antes de experimentarlo. Dentro de esta corriente cognitiva, Rehm sostuvo que los sujetos deprimidos se minusvaloran y ello provoca la imposibilidad de resolución de problemas, típica de sujetos deprimidos. Lewinsohn, desde una perspectiva más conductual, considera que la cognición negativa se basa en la ausencia de refuerzos positivos, siendo por tanto una consecuencia de una determinada situación. La desesperanza y el pensamiento automático siguen estando consistentemente unidos a la depresión infantil y juvenil (Páez, Núñez, Robles, Aguayo, Nieto y Atriano, 2002).

Dentro de los aspectos cognitivos la *rumiación* está cobrando un gran protagonismo, puesto que una y otra vez aparece ligada a la depresión, sobre todo en adolescentes (Stange, Hamilton, Abramson y Alloy, 2014). Parece que funciona elevando la respuesta emocional ante el estrés por retroalimentación de pensamientos negativos.

En la adolescencia el estilo atributivo de la depresión tiene un matiz hostil, como señalan Quiggley sus colaboradores, recogiendo la irritabilidad característica de la depresión en esta época de la vida asociada a la ideación negativa. La depresión y estilo cognitivo se relacionan en un proceso reversible, ya que el estilo atributivo negativo predice depresión, y ésta el estilo atributivo negativo. En preadolescentes y adolescentes españoles se ha encontrado lo mismo: distorsión cognitiva, tremendismo y generalización excesiva son las distorsiones cognitivas más frecuentes asociadas a depresión (del Barrio y Carrasco, 2013). También se han subrayado los aspectos sociales del estilo atributivo basándose en que los preadolescentes con apoyo paterno presentan un estilo atributivo mejor que aquellos cuyos padres no prestan apoyo (Rueger y Malecki, 2011).

La *autoestima* se constituye sobre el juicio de los otros. Los padres que critican los logros de los hijos o producen sobre ellos unas expectativas poco realistas incrementan la no

estimación de sí mismo, otra de las fuentes de la depresión (Casalin, Luyten, Besser, Wouters y Vliegen, 2014). La aparición de una baja autoestima en niños deprimidos es constante en todas las investigaciones (del Barrio y Carrasco, 2013; Garaigordobil y Durá, 2006).

La *autoeficacia* (Bandura) consiste en la convicción de la ejecución propia exitosa; su ausencia produce sentimientos de inseguridad, desesperanza y desasosiego, siendo otro factor de riesgo más en el desarrollo de una depresión; de entre todos los tipos, la académica y la social son las que mejor predicen la depresión (del Barrio y Carrasco, 2013).

La *empatía c*onsiste en la capacidad de percibir la emoción del otro. La relación entre depresión y empatía es positiva, especialmente la empatía emocional; los sujetos más empáticos están más abiertos a la percepción del sufrimiento propio y ajeno, con lo cual se tornan más vulnerables a experimentar afectos negativos (Thoma, Zalewski, von Revention, Norra y Daun, 2011; del Barrio, Holgado y Carrasco, 2012).

Resumiendo todos los aspectos personales, diríamos que la vulnerabilidad a desarrollar una depresión es mayor en aquellos sujetos en los que confluyen un determinado tipo de temperamento y un entorno inadecuado (Oldehinkel, Veenstra, Ormet, de Winter y Verhulst, 2006), y eso es lo que vamos a considerar.

1.3.2. Aspectos sociales

La familia es el primer y más importante contexto social. El niño viene programado para percibir ese contexto, y a través de él comienza a conocer y ordenar el mundo circundante. La fijación prioritaria de la atención del niño al estímulo ocular es una buena muestra de ello, y todo parece confluir en el reconocimiento precoz de la persona que lo cuida. La madre suele ser esa persona, por razones biológicas obvias. Tanto el niño como su madre están dotados de competencias especiales que facilitan la comunicación entre ambos; unas son de carácter perceptivo (reflejo de orientación, agarre, atención al rostro, preferencia por timbre de voz, olor, etc.) y otras de carácter emocional. Al conjunto de ellas se las denomina «vinculo afectivo» o «apego».

Apego

Es una conducta parecida a lo que en los animales se llama «troquelado» (Lorenz), que consiste en un movimiento innato de acercamiento del neonato a su progenitor y viceversa. Esta conducta instintiva es inespecífica hasta los 4 o 6 meses; a partir de ahí el niño tiene maduración para reconocer y preferir a su madre o a la persona que ocupa su lugar. Este sentimiento mutuo es tan fuerte que permite una serie de inusitados esfuerzos para contentar al otro. Diríamos que el apego es la primera y gran motivación para la socialización. Cuando el apego falla se producen disfunciones importantes en el proceso de socialización.

Los fallos pueden originarse en el niño, siendo las causas mayoritariamente: inexpresividad, rechazo de contacto, lloros y actividad excesivos; pero también pueden

deberse a la madre por rechazo del niño o alteraciones emocionales graves. Las causas de desapego en la madre pueden deberse a enfermedad, droga o negligencia, que le impiden atender a las demandas del niño.

El apego inseguro aparece consistentemente como un factor de riesgo para la depresión infantil a lo largo del tiempo (Start, Hamen, Brennan y Najman, 2013), como ya habían señalado Spitz y Bowlby.

La depresión parental es, entre todos, el factor de riesgo más alto para la transmisión de la misma a los niños; por ella se ve afectado el vínculo por incapacidad de los padres de desarrollar emociones positivas, lo que tiene un efecto demoledor en las emociones del niño y parece un hallazgo realmente consistente en todo tipo de culturas. Se estima que entre un 40 y un 60 por 100 de los niños deprimidos tienen una madre depresiva (Murray, Arteche, Fearon, Halligan, Goodyear y Cooper, 2011; del Barrio y Carrasco, 2013). Además, se ha comprobado que al remitir la depresión materna también se mejora la sintomatología en los hijos (Weissman, Wickramarate, Pilowsky et al., 2014), lo cual apoya su origen reactivo.

Hábitos de crianza

Sobre los seis años el apego va perdiendo fuerza, pero la relación entre hijos y padres continúa en una dinámica educativa donde el afecto y el control son los dos factores fundamentales; es a lo que llamamos *hábitos de crianza,* que pretenden la generación de hábitos de interacción social ajustadas al entorno. El mejor tipo de crianza es el que controla adecuadamente la conducta de los hijos en un clima de afectividad y preservando la dosis de independencia ajustada a cada nivel de edad. Es decir, una crianza equilibrada y flexible. De todas las posibles formas de crianza, la que se convierte en un factor de riesgo claro para la depresión es aquella que se caracteriza por el desafecto y la hostilidad (Moretti, Simon y Craig, 2013; del Barrio y Carrasco, 2013; Lewis, Collishaw, Thapar y Harold, 2014).

Hoy la función de la crianza es asumida más y más por la escuela, con lo que la figura del maestro ha venido a ocupar en gran parte la de los padres. Así, los maestros con hostilidad o desafecto incrementan también la posibilidad de la aparición de una depresión en el niño y viceversa (Wang, 2013), hasta el punto que se ha encontrado un paralelismo entre la depresión de los profesores y el estado emocional de sus alumnos (Jeon, Buttner y Snyder, 2014).

Cuando las *relaciones familiares* son malas las emociones de los niños también se resienten, ya que aparecen en el 50 por 100 de los niños deprimidos, frente a un 15 por 100 de los no deprimidos (del Barrio y Carrasco, 2013).

Sociedad

Es evidente que el niño comienza su andadura social fuera del contexto familiar de una manera formal a partir de los seis años, siendo entonces cuando los contextos externos empiezan a tener fuerza como desencadenantes de la depresión.

Los *acontecimientos negativos* del entorno son plurales: fracaso escolar, aceptación de los amigos, abuso, enfermedad, contrariedades, catástrofes... Todo ello puede minar la capacidad de encaje y afrontamiento de estas dificultades y convertirse en desencadenante de una depresión. Los hechos que influyen en que estas circunstancias puedan o no ser asumidas y resueltas son el número de acontecimientos, la envergadura de los mismos, el dominio del afrontamiento, las características personales y el apoyo social. El nacimiento de un hermano, la muerte de un abuelo, el cambio de colegio o las malas notas son los acontecimientos que más frecuentemente se relacionan con depresión en niños españoles, así como la muerte o desaparición de los padres (del Barrio y Carrasco, 2013).

La clase social

Se considera que pertenecer a una clase social deprimida es un factor de riesgo, pero no de manera consistente en todas las investigaciones. Otro elemento modulador puede ser la edad; en población española se ha encontrado que por debajo de los 12 años no existen diferencias en los niveles de depresión, pero a partir de esa edad sí (del Barrio, 2013). Kim (2012) ha matizado que la relación entre clase social y depresión se da sólo cuando la clase social baja es emergente; parece que el cambio asociado a la subida es lo que afecta emocionalmente a los miembros de la familia, puesto que no se advierte esa relación en las clases bajas estables. Si se busca una explicación por la cual la clase social es un factor de riesgo, la hipótesis más aceptada es que hay una mayor probabilidad de acumulación de acontecimientos negativos en la clase social baja y un menor acceso a los recursos que pudieran subsanarlos.

Tomados en conjunto todos los factores de riesgo, parece que el haber tenido una depresión previa es uno de los más importantes predictores, y esto comienza ya desde períodos preescolares (Luby, Gaffrey, Tilman, April y Belden, 2014). El otro factor crucial es la depresión materna, que aparece en todo tipo de culturas e investigaciones como predictor de la DI.

Actualmente un estudio longitudinal y prospectivo reconoce otros factores predictores, tales como el sexo femenino, la autoestima, la pérdida de uno de los padres en edad precoz (en niñas), baja supervisión y rechazo paterno (Bellamy y Hardy, 2014).

2. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

La evaluación que vamos a abordar aquí es la dimensional y la categorial, precedida por las cuestiones que hay que tener en cuenta en el caso específico de la evaluación de la depresión.

2.1. Áreas a evaluar

Entre las normas de una buena evaluación infantil estarían: *a*) tener acotado el contenido del constructo a evaluar, es decir, saber en qué consiste la depresión; *b*) tener en cuenta distintas fuentes, *c*) tener en cuenta distintos entornos, y *d*) elegir o construir los instrumentos necesarios para llevar a cabo su medida con precisión.

Como estamos en el contexto de una evaluación específica, la de la depresión, es evidente que en el campo de una emoción las áreas a explorar son la fisiológica, la motora y la cognitiva. Sin embargo, existen campos aledaños que deben ser evaluados para cerciorarse de que efectivamente estamos ante una depresión y no ante algún otro tipo de trastorno con sintomatología similar. Para ello hay que descartar todos aquellos trastornos que tendrían prioridad diagnóstica: psicosis, trastorno bipolar, retraso mental, consumo, enfermedad física... Todo ello se tratará más detalladamente en el apartado de diagnóstico diferencial.

En evaluación infantil hay que tener el cuidado de evaluar partiendo de fuentes plurales: niño, padres, maestros, compañeros..., que no sólo nos proporcionan la visión del problemas desde distintas perspectivas sino también en distintos contextos, lo que puede ser de gran ayuda a la hora de localizar el desencadenante de la depresión. En el caso de la depresión es esencial tener en cuenta especialmente la información que procede del niño, dado que es un trastorno de tipo interiorizado a cuyos principales síntomas sólo tiene acceso el sujeto que la padece.

Normalmente todo diagnóstico psicológico, naturalmente también en el caso de la depresión, debe ir precedido de una revisión médica que descarte alteraciones físicas o medicamentosas que justifiquen la sintomatología que presenta el sujeto a evaluar.

Para tener claro qué tipo de trastorno tenemos delante se aconseja comenzar la evaluación por un instrumento genérico que señala con objetividad el tipo de trastorno, teniendo en cuenta todos los demás.

Cuando el trastorno depresivo está localizado hay que buscar instrumentos específicos adecuados y tener en cuenta los otros elementos que pertenecen al marco nomológico de la depresión, que pueden no sólo contribuir a la validez diagnóstica sino coadyuvar a la eficacia del tratamiento.

Instrumentos genéricos

Tenemos dos posibles listados que son rápidos, cortos y fáciles de corregir. De ellos, el más conocido y usado es el CBCL de Achenbach (1985). También pueden usarse cuestionarios de mayor longitud y precisión diagnóstica, entre los que se encuentra el DICA en su adaptación española (Ezpeleta, de la Osa, Júdez, Doménech, Navarro y Losilla, 1995; 1997) y el SENA (TEA, 2014), donde se encuentran todos los trastornos infantiles posibles, desde el autismo a problemas de conducta. En el caso del SENA pueden hallarse también índices de vulnerabilidad y fortaleza del sujeto evaluado, lo que lo hace especialmente útil para la prevención y la intervención.

Instrumentos específicos

Vamos a exponer someramente sólo aquellos que tienen una adaptación española.

CDI

Inventario de depresion para niños (Kovacs y Beck,1977; Kovacs, 1992). La adaptación española es de del Barrio y Carrasco (2004). Se puede aplicar desde los 6 a los 17 años y consta de 27 ítems, formulados mediante tres frases que recogen la intensidad. La adaptación española tiene dos factores: autoestima y disforia, y una escala total de depresión. Hay baremos de 7-15 años para chicas y chicos. La fiabilidad en población española varía entre 0,38 y 0,81 (Figueras, Amador-Campos, Gómez-Benito y del Barrio, 2010), la estabilidad 0,40 y la validez de constructo es adecuada, 0,78 (del Barrio y Carrasco, 2004). El punto de corte varía entre 19 y 16, según poblaciones. La última edición de la prueba (Kovacs, 1992) incluye cinco subescalas: humor negativo, problemas interpersonales, ineficacia, anhedonia, autoestima negativa y, además, la escala total de depresión. Existe forma abreviada: Short Children's Depression Inventory (S-CDI), con sólo 10 elementos y cuyas características psicométricas son similares a la forma completa, lo que indica que puede usarse con un ahorro de tiempo considerable en la aplicación. La forma abreviada española del CDI también parece reunir las mismas adecuadas características desde el punto de vista psicométrico que el original (del Barrio, Roa, Olmedo y Colodrón, 2002). Parece que en los estudios transculturales los factores del CDI son muy variables (Chiungjung y Niambo, 2014).

CDS

Otra de las pruebas es la **Children's Depression Scale-CDS** (Lang y Tisher,1978). Existe una adaptación española revisada por Seisdedos (1994) para sujetos entre 8-16 años, con 66 ítems en escalas negativas: respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte, sentimiento de culpabilidad y depresivos varios, y otras positivas: ánimo-alegría y positivos varios. En población española los coeficientes de fiabilidad oscilan entre 0,91 y 0,69, y la estabilidad test-retest está entre 0,33 y 0,52, según escalas y con un año entre ambas aplicaciones (Seisdedos, 1986). En la revisión de la prueba de 1994 se ofrece una baremación de un grupo clínico de 8.º de EGB que puede resultar muy interesante para la evaluación de la DI en este nivel de edad, especialmente en contexto escolar.

RCDS

La **Reynolds Child Depresión Scale** (RCDS, Reynolds, 1989) se compone de 30 elementos en una escala de 1-4, para niños entre 9 y 12 años. La adaptación española de la prueba (del Barrio, Colodrón, de Pablo y Roa, 1996) posee un alfa de Cronbach de 0,79 y una fiabilidad *test-retest* 0,85. La validez concurrente de la prueba es de 0,73 con el CDI. La

puntuación directa en la que se ha establecido el punto de corte es de 74. Sus características psicométricas son similares a la de la muestra americana.

RADS

La misma escala, pero aplicable a adolescentes. Consta del mismo número de ítems y se corrige de la misma forma. Sin embargo, sus cualidades psicométricas son un poco mejores, como cabría esperar por el nivel de edad. La consistencia interna es de 0,92 y 0,96. La fiabilidad test-retest con seis semanas de intervalo es de 0,80. La validez concurrente con el CDI es de 0,73. Se ha estimado que un punto de corte de 77 establece bien las diferencias entre sujetos deprimidos y no deprimidos.

En la adaptación española (del Barrio, Colodrón, de Pablo y Roa, 1996) la consistencia medida por Cronbach es de 0,81, la fiabilidad test-retest es 0,78, con intervalo entre una y dos semanas, y la validez concurrente con el CDI es de 0,79.

Hay escalas aplicables a niños antes de alcanzar capacidad lectora y que se evalúan por medio de imágenes.

PRESS

Es la **Preschool Symptoms Self-Report** (PRESS) (Martini, Strayhorn y Puig-Antich, 1990), adaptada por Doménech y Jané (1998). Consta de 25 elementos; cada uno de ellos se presenta en dos formulaciones, una positiva (felicidad) y otra negativa (tristeza), con pies verbales para padres y maestros, y sin ellos, donde el niño sólo tiene que señalar la escena con la que se siente identificado. Hay versiones con protagonista niño o niña, y para padres y maestros. La valoración se realiza en una escala de 0 a 1. El rango de edad de aplicación es 3 a 6 años. La fiabilidad test-retest es adecuada según sus autores, pero la concordancia entre niños y adultos es muy baja (Martini et al., 1990).

PNID

El **Peer Nomination Inventory** (Lefkowitz y Tesing, 1981) evalúa depresión mediante los compañeros. Consta de 23 ítems. Es un sociograma en el que se pregunta sobre la tristeza, liderazgo y felicidad de los compañeros. Se escoge y nomina, de entre los nombres de una lista de clase (excepto el propio), a aquellos niños preferidos para esas tres conductas.

ESMD

La **Escala para la evaluación de la depresión para maestros** (ESMD, Doménech y Polaino, 1990), elaborada para población española, está compuesta de 16 elementos. Se puede aplicar a los maestros de niños entre 8-12 años y tiene cuatro factores: rendimiento, interacción social, depresión inhibida y depresión ansiosa. La validez concurrente de la

prueba obtenida a través del CDI es 0,48 y el alfa de Cronbach de la prueba alcanza 0,80 (del Barrio y Mestre, 1989) (Ezpeleta et al., 1987).

Por último, hay una entrevista específica para la evaluación de la depresión infantil y juvenil que debe ser usada para confirmar un diagnóstico de depresión.

CDRS

La **Children Depresion Rating Scale** (RCDS, Poznaski et al., 1979, revisada en 1984) es una entrevista semiestructurada que puede ser aplicada a padres y a niños entre 6-12 años. Tiene una adaptación española de Polaino y Doménech (1988). Consta de 18 áreas que exploran la conducta del niño en: escolaridad, capacidad de diversión, retraimiento social, sueño, apetito, fatiga, quejas somáticas, irritabilidad, culpabilidad, autoestima, sentimientos depresivos, ideas mórbidas, ideas de suicidio, llanto, afecto deprimido, tempo del habla, hipoactividad y labilidad del humor. La posible puntuación oscila entre 17-113 y se considera que una puntuación de 40 es el punto de corte que permite diferenciar entre sujetos deprimidos y no deprimidos.

Con estos elementos es posible hacer un diagnóstico adecuado, pero hay que cuidar la precisión del mismo, puesto que en depresión infantil se da una alta comorbilidad, y para ello es preciso un buen diagnóstico diferencial.

2.2. Diagnóstico diferencial

La depresión infanto-juvenil tiene una sintomatología compartida con otros trastornos, por lo que trataremos de analizar aquellos que tienen una cierta probabilidad de ser confundidos con la depresión. Trataremos también de analizar y resaltar las diferencias para que puedan ayudar a realizar un diagnóstico correcto. Vamos a empezar por los trastornos interiorizados más afines que entrañan un mayor riesgo de confusión:

a) Discriminación entre depresión mayor (DM), trastorno distímico (TD) y trastorno bipolar (DB).

   Uno de los errores más comunes es diagnosticar como DM un trastorno bipolar, sobre todo si el sujeto consulta en fase depresiva, donde la anamnesis no ayuda si se trata del primer episodio. Este error es subsanable si el evaluador se toma la molestia (sobre todo si no hay un desencadenante) de hacer un seguimiento necesariamente largo, ya que los ciclos pueden durar semanas o años.

b) Distinción entre DM y trastornos psicóticos.

   En ocasiones la DM grave puede cursar con delirios, y en este caso puede ser confundida con trastornos psicóticos. Otro caso diferente es que el sujeto presente alucinaciones; entonces el diagnóstico es claro: depresión psicótica.

c) Distinción entre DM y TB.

Otra posible equivocación es cuando la DM cursa con intensa irritabilidad (esto es frecuente en niños), pues se puede confundir con un trastorno bipolar. El DSM-5 ha querido evitar este error introduciendo el nuevo trastorno por conducta perturbadora con disregulación del estado de ánimo (ver más adelante), donde parece patente que la depresión puede cursar con conductas exteriorizadas y así se evita el diagnóstico de TB.

d) Distinción entre DM y TD.

Este caso es mucho más sencillo, puesto que tanto los criterios como la duración y severidad de los mismos difieren claramente, aunque la naturaleza del trastorno sea similar. Puede haber problema de discriminar un TD cuando hay una DM con frecuentes y rápidas recaídas. La temporalidad y la intensidad son esenciales en la distinción de ambos tipos de depresión (véase tabla 10.2).

TABLA 10.2
Elementos discriminativos entre depresión mayor, trastorno distímico y trastorno bipolar

DM	TD	DB
2 semanas	1 año	2 semanas- 2 años
Más severidad	Menos severidad	Alternancia
Síntomas psicóticos		
Recidivas		
Irritabilidad		

Naturalmente, siempre hay que tomar en consideración que los síntomas presentes en el sujeto no se hayan producido por la ingestión de drogas o aparezcan como consecuencia de ingestión de fármacos, lo que invalidaría cualquier posibilidad de diagnóstico de trastorno depresivo. También hay que estar alerta a que la sintomatología apreciada no se explique mejor por alguno de otros trastornos que comparten síntomas.

La comorbilidad entre la DI y la ansiedad es altísima, pues calcula que se da entre un 15-75 por 100 de los casos (Cummings, Caporino y Kendall, 2014). Por tanto, es habitual hacer ambos diagnósticos por separado. La distinción entre ansiedad y depresión es clara: en la depresión está siempre la disforia, mientras que en la ansiedad no.

Es también frecuente que el retraso mental leve esté acompañado de síntomas depresivos. Incluso se sostiene que este tipo de niños duplica la tasa de depresión respecto a la población general (Shooahtari, Brownel, Dik et al., 2014), y en estos casos prevalece el diagnóstico de RM, que se considera primario. Un retraso mental leve, bien tratado, puede pasar desapercibido al evaluador, pero en ese caso hay que pensar que no se ha hecho bien la anamnesis. Exactamente lo mismo ocurre en el caso de psicosis y de problemas de alimentación.

2.3. Criterios del DSM-5

Los sistemas diagnósticos tienen como función generar unos criterios, consensuados por distintos profesionales, en los que no predomine ninguna posición teórica y puedan ser usados comúnmente. Es, en último término, el intento de generar un lenguaje común en torno al diagnóstico, para que todos los profesionales puedan entenderse y comunicar resultados de la investigación basados en términos compartidos.

Hay varios tipos de sistemas diagnósticos. Unos provienen del mundo americano: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM, APA, 2013), y en el caso de niños entre 0-3 años el sistema Classification Zero to Three (CZT, NCCIP, 1994), y otros que se usan más en el ámbito europeo: ICD especial para niños Multiaxial Classification of Child and Adolescents Psychiatric Disorders (WHO, 1996). Todos ellos tienen varias ediciones que han ido recogiendo distintas aportaciones. Vamos a considerar una comparación de los más habituales y recientes para poder comparar sus similitudes y diferencias.

Es evidente la similitud a través de distintos sistemas y del paso del tiempo. Nos vamos a centrar aquí en el último DSM, pero como se puede comprobar los cambios del DSM-IV y 5 para el diagnóstico de depresión mayor son los mismos.

Hay que señalar algunos cambios respecto del DSM-IV TR en lo que se refiere a la ubicación, y en el número de tipos de trastornos.

TABLA 10.3
Criterios diagnósticos de depresión mayor en distintos manuales

Criterios	ICD-10 1996 niños	DSM-IV-TR 2000 adultos	DSM-5 2013 adultos
*Estado de ánimo depresivo (o irritablilidad en niños).	X	X	X
*Disminución de placer o disfrute.	X	X	X
Pérdida de apetito, peso 5 por 100 (o no progreso del peso en niños).	X	X	X
Insomnio o hipersomnia.	X	X	X
Agitación o enlentecimiento motor.	X	X	X
Fatiga o falta de energía casi diaria.	X	X	X
Sentimientos de inutilidad, culpa e inadecuación.	X	X	X
Falta de concentración.	X	X	X
Pensamientos mórbidos o ideación suicida.	X	X	X
Disminución de la autoestima.	X		

Perspectiva sombría de futuro.	X

* Uno de estos síntomas tiene que estar presente.

Respecto a la ubicación, lo primero que hay que señalar es que la depresión ya no está dentro de los trastornos afectivos, como ocurría en el DSM-IV, sino que se ubica en un apartado específico, «trastornos depresivos» (Depressive Disorders), que se definen como trastornos del estado de ánimo; en ellos se incluyen: trastorno disruptivo de regulación del ánimo, depresión mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), disforia premenstrual, trastornos depresivos inducidos por droga o medicación, trastornos depresivos debidos a otras razones médicas, y otros trastornos depresivos.

En lo que se refiere a los criterios permanecen los mismos, aunque en algunos casos aparecen en distinto orden.

El número es ligeramente diferente, porque aparecen el trastorno disruptivo de regulación del ánimo y el trastorno premenstrual como nuevas formas de trastornos afectivos, y desaparecen los trastornos bipolares.

Vamos a presentar los criterios del DSM-5 que aparecen bajo el rótulo de los trastornos depresivos.

Trastorno disruptivo de regulación del ánimo

Se trata de una nueva inclusión de trastorno depresivo, concebida para atajar la cantidad de diagnósticos de trastorno bipolar que se venían haciendo inadecuadamente, cuando la depresión infantil venía acompañada de una irritabilidad de alta intensidad (véase tabla 10.4).

TABLA 10.4
Criterios diagnósticos DSM-5 para el trastorno disruptivo de la regulación del ánimo

A) Rabietas y arrebatos severos y recurrentes que se manifiestan verbalmente (furia verbal) o conductualmente (agresión física a personas o propiedades), y que son desproporcionadas en intensidad o duración a la situación desencadenante.
B) Los episodios de furia y arrebatos no corresponden al nivel de desarrollo.
C) Estos episodios ocurren con una frecuencia media de tres veces por semana.
D) El estado de ánimo entre cada episodio es persistentemente irritable cada día y la mayor parte del día, y es observable por varias fuentes (padres, maestros, hermanos...).
E) Los criterios A y D han de estar presentes al menos durante 12 o más meses, y durante este tiempo no deben haber remitido durante 3 meses.
F) Los criterios A y D han de estar presentes al menos en dos o tres contextos (casa, escuela, amigos) y al menos en alguno de ellos han de ser severos.
G) El diagnóstico debe hacerse entre los 6 y 18 años, ni antes ni después.
H) Empíricamente los criterios A y E aparecen antes de los 10.
I) No se han dado, durante un período de más de un día, criterios de manía o hipomanía, exceptuando la duración.
Nota: Si estas manifestaciones aparecieran asociadas a un acontecimiento altamente positivo o a su anticipación, y fuesen apropiadas al nivel evolutivo, no deben considerarse como episodios de manía o hipomanía.
J) Estas conductas no aparecen sólo ligadas a episodios de depresión mayor o no se explican mejor por otro trastorno mental (autismo, estrés postraumático, ansiedad de separación o distimia).

Nota: Este diagnóstico no puede coexistir con trastorno de oposición desafiante, trastorno explosivo intermitente o trastorno bipolar; sin embargo, puede coexistir con depresión mayor, déficit de atención e hiperactividad, trastornos de conducta y consumo de sustancias. Si se da con TND prevalece el diagnóstico de TDRA, pero este diagnóstico no puede hacerse respecto de la manía o hipomanía, ya que estas últimas prevalecen.

K) Los síntomas no son debidos a consumo de sustancias o condición médica o neurológica.

Depresión mayor

Consiste en un trastorno del estado de ánimo duradero en el tiempo (dos semanas mínimo para poder hacer un diagnóstico), con los síntomas presentes cada día, en donde tiene que aparecer necesariamente la disforia y la anhedonia y con carácter incapacitante (véase tabla 10.5).

TABLA 10.5
Criterios diagnósticos DSM-5 para el trastorno depresivo mayor

A) Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto al funcionamiento previo; 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 se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío o desesperanzado) o la observación realizada por otros (por ejemplo, llanto). **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para disfrutar 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 (por ejemplo, un cambio de más del 5 por 100 del peso corporal en 1 mes), y pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños, considerar el fracaso en lograr el aumento de peso esperable.
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 provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C) El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.
Nota: Los criterios A-C representan un episodio depresivo mayor.
Nota: Las respuestas a pérdidas significativas (duelo, ruina financiera, pérdidas por un desastre natural, una enfermedad médica grave o incapacidad) pueden incluir el sentimiento de profunda tristeza, rumiación por la pérdida, insomnio, apetito pobre y pérdida de peso señalados en Criterio A, que pueden parecer un episodio depresivo mayor. Aunque estos sentimientos pueden ser entendidos o considerados apropiados para la pérdida sufrida, la presencia de un episodio de depresión mayor, además de la respuesta normal a la pérdida significativa, debe ser cuidadosamente consideradas. Esta decisión inevitablemente requiere el ejercicio de juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D) La ocurrencia de un TDM no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otros trastornos especificados o no especificados del espectro esquizofrénico y otros trastornos psicóticos.
E) No ha habido nunca un episodio maníaco o hipomaníaco.
Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios maníacos o hipomaníacos son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otras condiciones médicas.

Trastorno depresivo persistente (distimia)

Se parece a la depresión mayor, pero es mucho más persistente en el tiempo, ya que sólo se diagnostica con 2 años de duración; los criterios son menos numerosos, pues sólo hacen falta dos en lugar de cinco, y son también de menor intensidad y afectan a un menor número de personas. Presentamos de nuevo la comparación de criterios en distintos manuales para constatar su estabilidad (tabla 10.6).

TABLA 10.6
Criterios diagnósticos de trastorno depresivo leve (ICD), trastorno distímico (DSM-IV) y trastorno depresivo persistente (DSM-5)

Criterios	ICD-10	DSM-IV-TR	DSM-5
*Estado de ánimo depresivo (o irritablilidad en niños).	X	X	X
Baja autoestima.	X	X	X
Pérdida o aumento del peso o apetito.	X	X	X
Insomnio o hipersomnia.	X	X	X
Fatiga o falta de energía.	X	X	X
Sentimientos de desesperanza, pesimismo.	X	X	X
Falta de concentración.	X	X	X
Pérdida de interés por lo placentero.	X		
Llanto fácil.	X		
Aislamiento social.	X		
Menor locuacidad.	X		

El trastorno distímico o trastorno depresivo persistente (TDP) es un cuadro depresivo largo, insidioso y fluctuante, cuya presentación hace que se identifique mal y, por tanto, que no se diagnostique y que no se trate. La definición diagnóstica es similar a la depresión mayor, con algunas variaciones; por ejemplo, el TDP no incluye las ideas de suicidio, aunque éste puede ser un síntoma asociado al trastorno. El diagnóstico de TDP requiere una duración de al menos un año en los niños y de dos años en los adultos (tabla 10.7).

TABLA 10.7
Criterios diagnósticos DSM-5 para trastorno depresivo persistente (trastorno distímico)

A) Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.
B) Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Pérdida o aumento de apetito.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Falta de energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C) Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
D) Los criterios de episodio depresión mayor pueden estar presentes durante 2 años.
E) Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímíco.
F) La alteración no se explica mejor por un episodio esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno delirante u otros trastornos del espectro esquizofrénico o psicóticos.
G) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).
H) Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
Nota: puesto que los criterios de TDM incluyen cuatro síntomas que están ausentes de la lista de síntomas de trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrán síntomas depresivos que hayan persistido más de 2 años, pero no cumplirán criterios de trastorno depresivo persistente (distimia). Si los criterios completos de episodio depresivo mayor se cumplen en algún punto durante el episodio actual de la enfermedad, debería darse un diagnóstico de episodio depresivo mayor. De otro modo, debe considerarse el diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o no especificado.

Trastorno disfórico premenstrual

Este trastorno es sólo aplicable a mujeres adolescentes.

TABLA 10.8
Criterios diagnósticos del DSM-5 para trastorno disfórico premenstrual

A) En la mayoría de los ciclos al menos cinco síntomas deberían estar presentes en la semana antes de la menstruación, con comienzo de mejoría a los pocos días del comienzo de la menstruación, llegando a ser mínimos o ausentes en la semana post-menstruación
B) Uno o más de los siguientes síntomas deben estar presentes:

1. Marcada labilidad afectiva.
2. Marcada irritabilidad.
3. Marcado estado depresivo.
4. Marcada ansiedad.

C) Uno o más de los siguientes síntomas deben estar adicionalmente presentes:

1. Descenso de interés por actividades habituales.

2. Dificultad subjetiva en la concentración.
3. Letargia, cansancio, fatiga.
4. Cambios en el apetito.
5. Hipersomnia o insomnio.
6. Sentimiento de ser defensivo o estar fuera de control.
7. Síntomas físicos como dolores musculares o sensación de hincharse.

D) Los síntomas se asocian con significativo estrés clínico o interfieren con el trabajo, la escuela o las actividades y relaciones sociales habituales.
E) La perturbación no es meramente una exacerbación de los síntomas de otras perturbaciones, como depresión, trastornos de pánico, distimia o desórdenes de personalidad, pero pueden co-ocurrir con cualquiera de ellos.
F) El criterio A debería ser constatado al menos durante dos ciclos. **Nota:** Aunque podría hacerse el diagnóstico provisional para su confirmación posterior.
G) Los síntomas no son atribuibles a efectos fisiológicos de sustancias, medicación u otro tipo de tratamientos o condición médica.

Existen también trastornos inespecíficos de depresión en donde se incluye la depresión ansiosa, melancólica, mixta, psicótica o estacional, en los cuales aparecen, junto a la depresión, algunos síntomas de esos otros trastornos sin que se cumplan los criterios para ser alternativamente diagnosticados. También aparecen los trastornos depresivos debidos a la ingestión de drogas o medicamentos así como los derivados a cualquier tipo de situación médica que conlleva una sintomatología depresiva, pero en ningún caso ésta perduraría solucionando el problema físico o medicamentoso (tabla 10.8).

Además del sistema dimensional y categorial, se puede hacer observación de conducta donde se analizan y cuantifican los síntomas que se han localizado como más relevantes en el sujeto evaluado. Además, se puede añadir un análisis funcional de las conductas observadas en donde se busca precisar tanto los desencadenantes de esa conducta como las consecuencias reforzadoras de la misma.

Casi todos los psicólogos utilizan cuestionarios para la evaluación y también un sistema categorial para emitir diagnósticos. Esto supone un esfuerzo por tener en cuenta una evaluación multimétodo recomendada por los expertos y que, además, es facilitadora de la comunicación. Hay una serie de estudios en los que se evidencia la gran corcondancia existente entre los sistemas categoriales y los sistemas dimensionales en la evaluación de la depresión de niños y adolescentes (Dolle, Shulte-Kóme, von Hofacker, Izat y Allgaier, 2012)

3. TRATAMIENTO

El dicho popular «más vale prevenir que curar» sirve para todo tipo de problemas, tanto físicos como psíquicos, pero es reduplicativamente cierto e importante en el caso de los niños. En primer lugar, porque el niño es un ser plástico que responde rápida y eficazmente a las directrices que se le dan de manera adecuada; en segundo lugar, porque, como ya hemos visto, la depresión tiende a repetirse y permanecer desde la infancia hasta la edad adulta. Por tanto, prevenir la depresión infantil es hacerlo también con la adulta. Esto es muy importante no sólo

por el ahorro de sufrimiento personal, sino también por economía social. Es un dato conocido que la depresión es uno de los problemas mayores respecto de las bajas laborales en adultos y en problemas de rendimiento escolar en los niños (Esparza y Rodríguez, 2009; Orgilés, Gómez, Piqueras y Espada, 2014).

3.1. Programas de prevención primaria

Están pensados para ser aplicados la población general, pero también para población en donde se acumulan los factores de riesgo que anteriormente se han expuesto. Vamos a exponer dos, uno especialmente dedicado a padres y otro a niños:

a) El PPP, *Positive Parenting Program*, está dirigido a padres con hijos entre 3 y 14 años (Bostick, 2010) y da recomendaciones específicas ajustadas a cada nivel de edad para que los padres puedan afrontar y solucionar los problemas más frecuentes.
b) FORTIUS (Méndez, Llavona, Espada y Orgilés, 2013), que está dirigido a niños entre 8-14 años, enseñándoles a reconocer y controlar sus emociones y proporcionándoles maneras de expresar la emoción de manera socialmente aceptable.

Todos ellos han mostrado su eficacia en prevenir la depresión, además de otros problemas infantiles asociados a la misma (Luby, Lenze y Tillman, 2012).

3.2. Programas de intervención para la depresión en niños y adolescentes

Así como en los años ochenta el tratamiento de la depresión infantil y juvenil se centró en la farmacología y la TCC, actualmente el panorama es mucho más variado y han irrumpido otras formas de tratamiento (sistémica, interpersonal, MDR, meditación, etc.). Todas ellas han comenzado a evaluar sus resultados objetivamente y con creciente éxito. Parece que se consiguen logros que van del 50 al 60 por 100 (Beardslee, Glandstone y O'connor, 2012); es cierto que es un éxito modesto, pero siempre superior al no tratamiento.

Últimamente, incluso para adolescentes se han generado terapias de depresión nuevas, centradas en el apego y con óptimos resultados (Diamond, Diamond y Levy, 2014).

Los programas de intervención son plurales, por lo que vamos a exponer sólo los más importantes:

— *CWD-A, Coping With Depression for Adolescents*. Es un programa aplicable a padres y adolescentes entre 14 y 18 años (Clarke, Lewinsohn y Hops, 1990).
— *CWD-C, Coping With Depression for Children*. Es un programa para padres y niños preadolescentes entre 8-13 años (Lewinsohn, Clarke y Hops, 1990).
— *PRP, Penn Resilience Program*. Es un programa para niños y sus padres (Gilliham, Hamilton, Freres, Seligman y Silver, 1990), donde se enseña a ambos a dominar la

emoción y a solucionar problemas. Existe una actualización de Jaykox, Reivich, Gilliham y Seligman (1994).

— *STEADY*. Es un programa sólo para adolescentes entre 13-17 años, cuyo programa es similar, pero con especial atención a las habilidades sociales (Clarke, DeBar, Ludman, Asarnow y Jaycox, 2002).

Todos estos programas tienen un contenido muy parecido y utilizan una metodología TCC. Varían en el número de sesiones (entre 15 y 20), en la duración de las sesiones (de 30 minutos a 1 hora), en el número de sesiones (1 semanal o 2 semanales) y en su organización secuencial.

Vamos a exponer el contenido más importante de cada una de las técnicas utilizadas.

Terapia cognitiva

— Identificación de pensamientos negativos.
— Relación entre éstos y malestar emocional.
— Identificación de errores cognitivos.
— Sustitución de éstos por pensamientos adaptativos.
— Mejora de la autoeficacia: solución de problemas o autoinstrucciones.

Terapia conductual

— Relajación.
— Actividades gratificantes.
— Sistema de refuerzos.
— Sistema de sanciones.
— Supresión de estímulos negativos.
— Habilidades sociales.
— Control emocional.

Hay otros tipos de abordajes terapéuticos basados en otras instalaciones teóricas, cuyos contenidos y sistemas de intervención son diferentes.

Terapia racional emotiva

— Lo racional es ser feliz.
— Los problemas del hombre se derivan de pensamientos irracionales.
— El pensamiento irracional proviene de la familia y cultura.
— El lenguaje simbólico es el camino para la resolución de los problemas.
— Los problemas emocionales tienen su origen en las actitudes y creencias internas.
— Los pensamientos y emociones negativas pueden ser reorganizados lógicamente.

Terapia sistémica

— Análisis de los roles del grupo.
— Análisis de la dinámica familiar.
— Análisis de descontentos.
— Reestructuración de roles.

Tratamiento farmacológico

Es uno de los más habituales tratamientos de la depresión. En 2003 la *Food and Drug Administration* (FDA) advirtió que el tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) de la depresión en adolescentes produce un incremento de tasas de suicidio. Desde entonces ha habido una intensa investigación sobre el tema, con defensores y detractores. Parece que el fármaco más recomendado para niños es la fluoxetina, y para adolescentes el escitalopran, por ser considerados menos inocuos (Jiménez, Fernández, Vidal, Herráez, Perellada, Cruz, Pérez y Ausejo, 2007). Hay quien considera que el riesgo de suicidio es bajo (Brige, Iyengar, Salary, Barbe, Birmaher, Pincus y Brent, 2007), pero es algo extremadamente grave, aunque sea poco frecuente. La recomendación sensata es usar medicación únicamente en casos severos que no responden al tratamiento psicológico.

3.3. Eficacia diferencial de distintos tratamientos

Cualquiera que sea el tipo de tratamiento, todos los estudios han mostrado que, tanto en niños como adolescentes, la eficacia está afectada por las condiciones de partida (comorbilidad, nivel de gravedad de comienzo), así como por las características de los profesionales y las técnicas utilizadas (del Barrio y Carrasco, 2013).

Toda terapia tiene un efecto positivo frente a la no intervención. Muchos estudios muestran que, en el problema que nos ocupa, la psicoterapia parece ser más beneficiosa que la no intervención; un 90 por 100 de los sujetos que han recibido ayuda psicológica así lo consideran (Consumer Reports, 1995). Si se busca la eficacia diferencial mediante comparación de grupos tratados con diferentes tipos de tratamientos, parece que la TCC se muestra superior y más rápida que las otras, lo cual la coloca en un lugar preferente (Birmaher et al., 2001). El metaanálisis sobre estudios transversales muestra que los resultados de la TCC alcanzan un 60 por 100 o más, sobre todo a corto plazo, comparándolos con la no intervención (del Barrio y Carrasco, 2013). En población española (con 80 por 100 tratado mediante TCC de todos los trabajos revisados) se obtienen resultados más modestos (Méndez, Alcázar, Montoya, Espada, Olivares y Sánchez-Meca, 2002). Se va consolidando la mayor eficacia de una intervención estructurada y reproducible y con la colaboración familiar (APA Guide for Depresión, 2013). La NICE (2005) inglesa recomendaba la TCC como la más adecuada para el tratamiento de la DI; sin embargo, han aparecido críticas por considerar que

las evidencias de esta recomendación no estaban bien fundadas (Neil y Hatfield, 2014), y la terapia interpersonal y la sistémica alcanzan una eficacia similar.

También se ha investigado sobre el proceso mismo de la terapia, y parece que los terapeutas que dedican más tiempo a comprobar la cumplimentación de tareas son los que obtienen mejores resultados (Webb, Auerbach y DeRubeis, 2012). Parece que la TCC se muestra más eficaz sobre todo en la celeridad de obtención de resultados; sin embargo, a largo plazo todas son similares, especialmente la terapia sistémica y la interpersonal. Todo ello supone ya un mayor conocimiento a la hora de escoger el modo de intervenir.

4. CONCLUSIONES

De todo lo dicho anteriormente se puede concluir varias cosas, unas referidas a las causas y otras a las soluciones del problema de la depresión infanto-juvenil. En cuanto a su origen, hemos visto que se trata de un complejo proceso interactivo entre el sujeto (temperamento) y su mundo (sociedad), y dentro de éste especialmente la familia, que es la placenta social del niño. Las condiciones personales de cada sujeto interaccionan con el entorno a través del filtro familiar. Si un niño es vulnerable está más expuesto al choque con el entorno. Los padres pueden actuar como un colchón amortiguador o como un potenciador del problema. En el momento actual estamos preparados para detectar, evaluar, prevenir y tratar a los niños y adolescentes que están en riesgo o hayan desarrollado una depresión. Además, hemos podido determinar, con una cierta precisión, la eficacia diferencial de las técnicas que utilizamos para dar solución al problema. También la comunidad científica ha tenido el valor de reconocer los problemas y errores que se han cometido, y se han puesto las bases para su solución y, en un alarde de modestia, reconocer que los logros existen, aunque son mucho más limitados de lo que en un principio se estimaba. Esto comenzó a formalizarse en los estudios longitudinales que han consolidado otros conocimientos, como por ejemplo la necesidad de alargar el tiempo de las terapias y hacer seguimientos lo más extensos posibles.

Queda mucho por hacer, pero el camino recorrido no ha sido en vano. Es preciso incorporar a la investigación de la DI las nuevas técnicas neurofisiológicas, ya menos intrusivas y más precisas. Incorporar el nuevo conocimiento del genoma podría llegar a aportar soluciones radicales, así como los avances farmacológicos, evidentemente mejorables. Sobre todo en el campo de la psicología queda por afinar la eficacia diferencial de distintos tipos de tratamientos en los diferentes tipos de depresión y en distintos períodos de edad. Perdura la necesidad de precisar la ponderación de las distintas fuentes en las alteraciones interiorizadas, puesto que la disparidad entre las mismas permanece. Se debería conseguir una mayor promoción de los programas preventivos, en el ámbito escolar y doméstico, para lograr reducir el número de niños que están inmersos en un trastorno tan infelicitante.

Por otra parte, la psicología positiva ha generado un nuevo camino que ya ha empezado Seligman, pero aún falta mucho por recorrer. Es preciso hacer un mayor énfasis en la

promoción del optimismo, que es gran antídoto de la depresión (Sánchez y Méndez, 2010). Esta es la tarea que todos tenemos por delante.

5. CASO CLÍNICO

Jaime, 5 años recién cumplidos.

Demanda

Sus padres buscan ayuda porque el niño presenta unos miedos importantes, pesadillas que le despiertan por la noche con gran desasosiego que le impide dormir solo, así como por cierta agresividad contra su hermana.

Composición de la familia

Padre, 43 años, profesión liberal.
Madre, 41 años, profesora.
Jaime, 5 años.
Inés, 2 años.
El nivel socioeconómico es medio-alto. Ambos padres trabajan.

Datos del sujeto

Ha tenido un Apgar 1, sin complicaciones de embarazo o parto y un desarrollo psicomotor normal e incluso precoz.

Ha sido muy mimado, celebrado y es caprichoso e inquieto. Siempre ha dormido mal con despertamientos nocturnos frecuentes. El niño exige constantemente atención y quiere estar más tiempo con sus padres, sobre todo con la madre, que tiene un horario muy intenso, cosa que el niño lleva muy a mal, quejándose constantemente de ello.

Ahora tiene miedo a morirse, a las enfermedades, a la sangre y a todo tipo de cosas que considera peligrosas: coches, animales, alturas, oscuridad... Hay un antecedente familiar de miedos intensos que ha durado hasta la edad adulta. Duerme con sus padres. Es muy desobediente y pega frecuentemente a su hermana y dice sin tapujos que le molesta y que se debería ir de casa. Tiene manifiestamente celos y no lo oculta. Amenaza a sus padres y dice cosas que les hieren como «no me queréis».

El padre informa al niño pormenorizadamente de cuestiones lejos de su alcance de comprensión, y la estimulación intelectual del niño resulta excesiva para su nivel de edad, aun siendo un niño muy inteligente. La madre es considerada por el padre como consentidora, no habiendo acuerdo en la forma de interaccionar con el niño.

Se advierte tensión entre los miembros de la pareja. El niño la intuye y maneja la situación para imponer su voluntad.

En los encuentros familiares se trata sólo con un primo mayor que él.

Cuando nació la hermana (Jaime tenía 3 años) la madre estuvo hospitalizada durante mucho tiempo por complicaciones en el parto. Desde entonces la madre ha estado delicada de salud y los problemas del niño se agravaron. El padre comenzó a ocuparse mucho más de él que hasta entonces.

Escuela

Va al colegio y no han tenido quejas de él. Al principio lloraba al dejarle, pero se adapta rápidamente y está contento y activo el resto del tiempo. Tiene un desempeño escolar muy bueno y él es consciente de ello. Su nivel de manejo del lenguaje es muy superior a su edad. Tiene amigos y está en un grupo, pero no es líder. En ocasiones se muestra afectado por la opinión de los otros: no quería ser alto (lo es intensamente), porque los niños se metían con él.

Evaluación

Los instrumentos utilizados han sido:

— Entrevista.
— CBCL: listado de conductas (Achenbach, 1997).
— SENA: cuestionario genérico de conductas, vulnerabilidad y recursos (TEA, 2015).
— CDI: depresión (Kovacs, 1992) fuente madre.
— CAS: (Gillis, 1982) fuente madre.
— Observación de conducta.
— Registros de conductas puntuales: agresión a su hermana, rabietas, desobediencia a órdenes concretas.
— Informe del profesor.

Resultados

En el CBCL las puntuaciones son altas en agresión, pero no sobrepasan el punto de corte.

En el SENA, cumplimentado por la madre, sobrepasa la puntuación 70 (T), tanto en problemas interiorizados como exteriorizados. Las escalas con puntuación superior a 70 son: depresión, ansiedad, conducta desafiante, agresividad e ira. Hay altas puntuaciones en exceso de apego, aislamiento y rigidez, sin llegar a sobrepasar el punto de corte, y alcanza puntuaciones bajas en Competencia social.

En el CDI (cumplimentado por la madre) alcanza una puntuación global que le coloca en el centil 75.

En el CAS (cumplimentado por la madre) se ubica en el centil 80.

Interpretación e integración de resultados

Jaime, en función de los informes maternos, aparece con un perfil completamente patológico tanto en problemas de tipo interiorizado como exteriorizados. El profesor le describe como un niño normal, con un cierto grado de ansiedad y rigidez superior a la media de los niños de su edad.

Por tanto, podríamos hipotetizar que se trata de un niño con trastornos interiorizados y exteriorizados: ansioso, deprimido, rígido y agresivo. No aparecen síntomas de somatización, que suelen asociarse a problemas interiorizados especialmente en niños de esta edad; sin embargo, es evidente la irritabilidad.

Tiene una evidente ausencia de recursos personales, que se explica por la fuerte protección materna y se evidencia en los informes del padre, y también en un apego excesivo en el niño que aparece en el cuestionario SENA junto a una fuerte dependencia respecto a su madre

La aparición de las conductas problema aparecen ligadas a dos acontecimientos negativos: el nacimiento de la hermana y la hospitalización de la madre, que son típicos desencadenantes de depresión en un niño de esta edad.

Diagnóstico

La observación directa del niño no evidencia síntomas depresivos, ni tampoco aparecen en la escuela. Se trata de un caso muy particular, ya que la conducta alterada de Jaime se circunscribe al hogar. Se podría decir que se trata de un trastorno disruptivo de la regulación del estado de ánimo, puesto que cumple sus criterios. Sin embargo, es un caso atípico, puesto que se da en el contexto donde se encuentran los desencadenantes de la conducta y se mitiga en contextos donde estos desencadenantes desaparecen.

Esto lo convertiría en un trastorno transitorio ligado a contexto, cosa que no está tipificada, pero puede darse, dado el nivel de edad del niño, donde la conducta es muy reactiva a la estimulación presente. Lo que sí parece darse en todos los contextos es la ansiedad e inestabilidad emocional, que es la base que hace vulnerable al niño a respuestas emocionalmente excesivas.

Conclusiones y orientaciones para la intervención

Según el análisis previo, la intervención debe dirigirse a los padres y al niño.

En el caso del niño, estará orientada a rebajar el nivel de ansiedad y depresión. Se empezará por enseñarle a controlar sus miedos, mediante relajación y desensibilización; dada la edad del niño, la terapia ha de estar centrada en el juego. Hay que cambiar las actividades diarias y hábitos domésticos, procurar la intensificación de los contactos con niños de la misma edad y realizar actividades lúdicas fuera del hogar.

En el caso de los padres es conveniente que asistan a sesiones donde aprendan a manejar las conductas del niño. Esto consistirá en: dosificación de la atención, imposición de pocas reglas de obligado cumplimiento, manejo de premios y castigos ajustados a la conducta, llevar

registros, y tener una respuesta constante y coordinada ambos miembros de la pareja, intensificando la atención gratificante hacia su buena conducta.

Se recomienda que ambas intervenciones sean llevadas a cabo simultáneamente.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN (Descargar o imprimir)

1. ¿Qué diferencia hay entre TDM y TDP?

   a) Edad de comienzo.
   b) Duración.
   c) Desencadenantes.

2. ¿Cuál de los desencadenantes de la DI es más importante?

   a) Acontecimientos vitales.
   b) Enfermedad.
   c) Depresión materna.

3. ¿Qué tipo de intervención es más eficaz?

   a) Farmacológica.
   b) Mixta.
   c) Psicológica.

4. La letargia es un síntoma de:

   a) Depresión mayor.
   b) Distimia.
   c) Trastorno disfórico premenstrual.

5. La primera definición de depresión infantil es de:

   a) Spitz.
   b) Bowlby.
   c) Rutter.

Respuestas correctas

1	2	3	4	5
b)	*c*)	*c*)	*c*)	*a*)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Achenbach, T. M. (1985). *Assessment and taxonomy of Child and adolescent Psychopathology*. Nueva York: Sage Publications.

Ackerson, L. (1942). Children's behavior problems: II. Relative importance and interrelations among traits. *Behavior research found monograph*. Chicago: University Chicago Press.

APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).* Arlington: American Psychiatric Publising.

Arratibel, M. L., Jané, M. C., Bonillo, A., Laredo, A., Viñas, F. y Domenech, E. (2010). ¿El rasgo temperamental ira/frustración afecta a la sintomatología interiorizada? Estudio de una muestra clínica infantil de 8-10 años. *Ansiedad y estrés, 16,* 189-200.

Austin, A. A. y Chorpita, B. F. (2004). Temperament anxiety and depression: Comparison across five ethnnic groups of children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33,* 216-226.

Beardslee, W. L., Glandstone, T. R. G. y O'connor, E. E. (2012). Development risk of depression: Experience matters. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America, 21,* 261-278.

Bellamy, S. y Hardy, C. (2014). Factors prediting depression across multiple domains in a national longitudinal simple of Canadian youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, http://dx.doi.org/10.1007/s10802-014-9940-3.

Bostick, R. T. (2010). Head of U. S. Program Implementation. Agency/Affiliation: Triple P America. Website: www.triplep.net.

Bowlby, J. (1969). *Attachement and lost, vol. I: Attachement.* Londres: Hogarth Press. (Ed. española Paidós, 1980).

Brige, J. A., Iyengar, B., Salary, C. B., Barbe, R. P., Birmaher, B., Pincus, H. A. y Brent, D. A. (2007). Clinical response and risk for reported suicidal ideation in pediatric antidepressant treatment: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of American Medical Association, 297,* 1683-1696.

Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Olino, T. M., Dyson, M. W., Laptook, R. B., Carlson, G. A. y Klein, D. N. (2014). Predictors of the onset of depression in young children: a multi-method,mlti-informant longitudinal study fron 3-6. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55,* 1279-1287.

Casalin, S., Luyten, P., Besser, A., Wouters, S. y Vliegen, N. (2014). A longitudinal cross-lagged study of the role of parental self-criticism, dependency, depression and parenting stress in the development of child negative affectivity. *Self and Identity, 13,* 491-511.

Chiungjung, H. y Niambo, D. (2014). Dimensionality of the Children's Depression Inventory: analysis of pattern matrices. *Journal of Child Family Studies, 23,* 1182-1192.

Clarke, G. N., Lewinsohn, P. y Hops, H. (1990). *Instructor's manual for the Adolescent Coping with Depression Course*. Eugene, Oregon: Castalia Press.

Clarke, G. N., DeBar, L., Ludman, E., Asarnow, J. y Jaycox, L. (2002). Collaborative care, cognitive-behavioral program for depressed youth in a primary care setting. b:\steady\cbt\teen\steady workbook.

Classification Zero to Three (CZT, NCCIP, 1994).

Colder, C., Mott, J. y Berman, A. (2002). The interactive effects of infant activity level and fear on growth trajectories of early childhood behavior problems. *Development and Psychopathology, 14,* 1-23.

Consumer Report (1995, noviembre). *Mental Health: Does therapy help?,* 734-739.

Cummings, C. M., Caporino, N. E. y Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression. *Psychological Bulletin, 180,* 816-845.

Del Barrio, V. (2002). *Emociones infantiles: Evolución, evaluación y prevención*. Madrid: Pirámide.

Del Barrio, V. y Carrasco, M. A. (2004). *Adaptación del CDI, Inventario de depresión infantil de Maria Kovacs.* Madrid: TEA.

Del Barrio, V. y Carrasco, M. A (2013). *Depresión en niños y adolescentes.* Madrid: Sintesis.

Del Barrio, V. y Mestre, V. (1989). *Epidemiología de la depresión infantil.* Valencia: Consellería de Sanitat i consum.

Del Barrio, V., Holgado, P. y Carrasco, M. A. (2012). Dimensionalidad de la empatía y su relación con depresión, agresión y conducta prosocial. *Revista de Psicología y Educación, 7,* 31-47.

Del Barrio, V., Colodrón, F., de Pablo, C. y Roa, L. (1996). Primera adaptación de las escalas de Reynolds RCDS y RADS a población española. *Revista Iberoamericana de Evaluación Psicológica, 2,* 75-100.

Del Barrio, V., Colodrón, F., de Pablo, C. y Roa, L. (1996). Primera adaptación de las escalas de Reynolds RCDS y RADS a población española. *Revista Iberoamericana de Evaluación Psicológica, 2,* 75-100.

Del Barrio, V., Roa, L., Olmedo, M. y Colodrón, F. (2002). Primera adaptación del CDI-S a población española. *Acción Psicológica, 1,* 263-272.

Diamond, G. S., Diamond, G. M. y Levy, S. A. (2014). *Attachment based in family therapy for depressed adolescents.* Washington: APA.

Dolle, K., Shulte-Kóme, G., von Hofacker, N., Izat, Y. y Allgaier, A. (2012). Agreement of clinical diagnosis, structured

interviews, and self-report questionnaires for depression in children and adolescents. *Zeistschrift fú Kinders, 40,* 405-414.
Domènech, E y Jané, M. C. (1998). *Actualizaciones en Psicopatología infantil.* Barcelona: Universitat de Barcelona.
Domènech, E., Canals, J. y Fernandez-Ballert, J. (1992). Children's depression in preschool. *Personality and Individual Differences, 13,* 1055-1057.
Esparza, N. y Rodríguez, M. C. (2009). Factores contextuales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión. *Diversitas: Perspectiva Psicológica, 5,* 47-64.
Ezpeleta, L., de la Osa, N., Júdez, J., Doménech, J. M., Navarro, J. B. y Losilla, J. M. (1997). Diagnostic agreement between clinician and the Diagnostic Interview for Children and Adolescents – DICA-R in a Spanish outpatient sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38,* 431-440.
Ezpeleta, L, de la Osa, N., Doménech, J. M., Navarro, J. B. y Losilla, J. M. (1995). Diagnostic Interview for Children and Adolescents-DICA-R: Acuerdo diagnóstico entre niños, adolescentes y sus padres. *Revista de la Facultad de Medicina de Barcelona, 22,* 153-156.
Ezpeleta, L., Polaino, A. y Domenech, E. (1987). Propiedades psicométricas de PNID en una muestra de 4.º de EGB. *IV Congreso Internacional de Epidemiología Psiquiátrica*, Madrid, septiembre.
Figueras Masip, A., Amador-Campos, J. A, Gómez-Benito, J. y del Barrio, V. (2010). Psychometric Properties of Children's Depression Inventory in Community and Clinical Sample. *The Spanish Journal of Psychology, 13,* 988-997.
Gadow, K. D., Smith, R. M. y Pinsonnealult, J. K. (Serotonin 2A receptor gene (HTR2A) regulatory variants: Possible association with severity of depression symptoms in children with autism spectrum disorder. *Cognitive Behavioral Neurology, 27,* 107-116.
Garaicogordobil, M. y Durá, A. (2006). Relaciones del autoconcepto y la autoestima con la sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en adolescentes. *Análisis y modificación de conducta, 32,* 37-64.
Gilliham, J. E., Hamilton, J., Freres, D. R., Seligman, M. E. P. y Silver, T. (1990). *Penn Relilience Program. Umpublished Manual.* University of Pennsilvania, Filadelphia
Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M. y Seeley, J. R. (1995). Sympyoms versus a diagnosis of depression differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 90-100.
Herrrera, E., Núñez, A., Tobón, S. y Arias, D. (2009). Análisis bibliométrico de la depresión infantil. *Pensamiento Psicológico, 5,* 59-70.
Jaykox, L. H., Reivich, K. J., Gilliham, J. y Seligman, M. E. P. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behavioral Research and Therapy, 32,* 801-816.
Jeon, L., Buttner, C. K. y Snyder, A. R. (2014). Pathways from teacher depression and child-care quality to child behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82,* 225-235.
Jiménez, M. A., Fernández, I., Vidal, J., Herráez, C. Perellada, M., Cruz, M. A., Pérez, P. y Ausejo, M. (2007). Utilización de antidepresivos de recaptación de serotonina en niños y adolescentes con depresión mayor. *Actas Españolas de Psiquiatría, 35,* 342-350.
Kessler, R. C. y Walters, E. E. (1997). Epidemiology of DMS-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depression and Anxiety, 7,* 3-14.
Kim, J. (2012). Patterns of parent-child relationship quality, parent depression and adolescent development outcomes. Dissertation Abstract International Section B. *The Sciences and Engineering, 73,* 878.
Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory*. CDI. Toronto: Multi-Health Systems.
Kovacs, M. y Beck, A. (1977). An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. En J. G. Schulterbrandt y A. Raskin (dirs.), *Depression and childhood diagnosis, treatment and conceptual models*. Nueva York: Raven Press.
Lang, M. y Tisher, M. (1978). *CDS Children Depression Scale*. Australia, Victoria: ACER.
Lefkowitz, M. M. y Tesing, E. P. (1981). Assessment of childhood depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48,* 43-50.
Lewinsohn, P. , Clarke, G. N. y Hops, H. J. (1990). Portland OR: Kaiser Permanente Center for Health Research.
Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Klein, D. N. y Seeley, J. R. (1999). Natural cause of adolescent major depressive disorder: I Continuity into young adulthood. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38,* 56-63.
Lewis, G., Collishaw, S., Thapar, A. y Harold, G. (2014). Parent-child hostility and child and adolescent depression symptoms: The direction of effects, role of genetic factor and gender. *European Child and Adolescent Psychiatry, 23,* 317-327.
Luby, J. L., Gaffrey, M. S., Tilman, R., April, L. M. y Belden, A. C. (2014). Trajectories of preschool disorders to full DSM depression at school age and early adolescence: Continuity of depression. *American Journal of Psychiatry, 171,* 768-776.
Luby, J. L., Lenze, S. y Tillman, R. (2012). A novel early intervention for preschool depression. Findins from a pilot randomized controlled trail. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53,* 313-322.
Martínez, Y., Schneider, B. H., Zambrana, A., Batista, G. y Soca, Z. (2014). Does comorbid anger exacerbate the rejection of children with depression by their school peers? En B. H. Schneider, *Child Psychiatry and Human Development*. Germany:

Springer.
Martini, R., Strayhorn, J. y Puig-Antich, J. (1990). A Symptom Self-report Measure for Preeschool Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29,* 594-600.
Méndez, X., Llavona, L., Espada, J. y Orgilés, M. (2013). *Programa FORTIUS. Fortaleza para solución de problemas emocionales*. Madrid: Pirámide.
Méndez, X. Rosa-Alcázar, A. I., Montoya, M., Espada, J., Olivares, J. y Sánchez-Meca, J. (2002). Tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: ¿evidencia o promesa? *Psicología Conductual, 10,* 563-580.
Miranda, I., Cubillas, M. J., Román, R. y Abril, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados, *Salud Mental, 32,* 495-502.
Moo, J. A., Valencia, M. y Ulloa, R. E. (2011). Estructuras del sueño y funciones ejecutivas en niños con depresión. *Salud Mental, 34,* 459-468.
Moretti, M. M. y Craig, S. G. (2013). Maternal versus paternal physical and emotional abuse, affect regulation and risk for depression from adolescence to early adulthood. *Child abuse and Neglect, 37,* 4-13.
Neil, P. W. y Hatfield, H. R. T. (2014). The NICE guideline on treatment of child and adolescent depression: A meta-review of the evidence for individual CBT. *European Journal of Psychotherapy, Counseling and Health, 16,* 267-287.
Oldehinkel, A., Veenstra, R., Ormet, J., de Winter, A. y Verhulst, F. C. (2006). Temperament, parenting and depressive symptoms in a population sample of preadolescentents. *Journal of Child and Adolescent Psychology, 47,* 684-695.
Orgilés, M., Gómez, M., Piqueras, J. A. y Espada, J. (2014). Relación entre rendimiento escolar y la sintomatología depresiva en niños españoles. *Electronic Journal of Reseach in Educational Psychology, 12,* 447-460.
Páez, F., Núñez, R., Robles, R., Aguayo, L., Nieto, R. y Atriano, M. A. (2002). Evaluación de constructos cognitivos relacionados con la depresión en niños. *Actas Españolas de Psiquiatría, 30,* 19-24.
Pla, E., Jané, M. C. y Domenech, E. (2004). Descripción de 4 casos diagnosticados de depresión mayor entre los 3 y los 6 años de vida. *Desenvolupament infantil i atenció preco, 23-24,* 7-18.
Polaino, A. y Doménech, E. (1988). *La depresión en niños españoles de 4.º de EGB*. Barcelona: Geigy.
Polaino, A y Domènech, E. (1990). Utilidad y limitaciones de la escala PNID en la evaluación diagnóstica de la depresión infantil. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 17,* 12-22.
Poznanski, E. O., Cook, S. C. y Carroll, J. B. (1979). A depression rating scale for children. *Pediatrics, 64,* 442-450.
Poznanski, E. O., Freeman, L. N. y Monkros, H. B. (1984). Children's Depression Rating-Scale-Revised. *Psychopharmacology Bulletin, 21,* 979-989.
Reynolds, W. M. (1987). *Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS).* Professional Manual. Odesa, Florida: Psychological Assessment Resources.
Reynolds, W. M. (1989). *Reynolds Child Depression Scale (RCDS).* Professional Manual. Odesa, Florida: Psychological Assessment Resources.
Rice, F. y Tapar, A. (2009). Depression and anxiety in childhood and adolescence: Developmental pathways, genes and environment. En K. Yong-Kyu, *Handbook of behavior genetics* (pp. 379-396). Nueva York: Springer science + Business Media.
Rueger, S. Y. y Malecki, C. K. (2011). Effect of stress, attributional style and perceived parental support on depressive symptoms in early adolescence: A prospective analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 40,* 347-359.
Sánchez, O. y Méndez, X. (2010). El optimismo como un factor protector de la depresión infantil y adolescente. *Psychology in Spain, 14,* 42-47.
Scourfield, J., Rice, F., Thapar, A., Harold, G., Martin, N. y McGuffin, P. (2003). Depressive symptoms in children and adolescents: changing aetiological influences with development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44,* 968-976.
Seisdedos, N. (1986; 1994). *CDS Cuestionario de Depresión para Niños*. Manual. Madrid: TEA.
Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness. On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. *American Psychologist, 50,* 965-974.
Shafii, M. y Shafii, S. L. (1995). *Depresión en los niños y adolescentes*. Barcelona: Martínez Roca.
Shooahtari, S., Brownel, M., Dik, N. et al. (2014). Population based longitudinal study of depression in children with developmental disabilities in Manitoba. *Journal of Mental Health research in Intelectual Disabilities, 7,* 191-207.
Siegelman, M. E. P. (1966). Psychometric properties of Wiggins and Winder Peer Nomination Inventory. *Journal of Psychology, 64,* 143-149.
Sivertsen, B., Harvey, A., Lundrevold, A. J. y Hysing, M. (2014). Sleep problems and depression in adolescence: Results from a large population-based study of Norwegian adolescents aged 16-18 años. *European Child and Adolescent Psychiatry, 23,* 681-689.
Spitz, R. A. (1965). *The first year of life*. Nueva York: International Universities Press (Ed. española Fondo de Cultura

Económica, 1969).
Stange, J. P., Hamilton, J. L., Abramson, L. Y. y Alloy, L. B. (2014). A vulnerability-stress examination of responses styles theory in adolescence: Stressors, sex differences, and symptom specificity. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 43,* 813-827.
Starling, J., Rey, J. y Simpson, J. M. (2004). Depressive simptoms and suicidal behavior: changes with time in an adolescent clinic cohort. *Australian New Zeeland Journal of Psychiatry, 38,* 732-737.
Stark, K. D., Banneyer, K. N., Wang, L. A. y Arora, P. (2012). Child and adolescent depression in the family. *Couple and Family Psychology, 1,* 161-184.
Stark, K. D., Reynolds, W. y Kaslow, N. (1987). A comparison of the relative efficacy of self control therapy and a behavioral problem solving therapy for depression in children. *Journal of Abnormal Psychology, 15,* 91-113.
Start, L. R., Hamen, C., Brennan, P. A. y Najman, J. M. (2013). Relation security moderates the effect of serotonin transporter gene polymorphism (5-HTTLPR) on stress generation and depression among adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 41,* 379-388.
Thoma, P., Zalewski, I., von Revention, C., Norra, A. y Daun, I. (2011). Cognitive and affective empathy in depression linked to executive control. *Psychiatric Research, 189,* 373-378.
Tsuang, M. T. y Faraone, S. V. (1990). *The genetics of mood disorders*. Johns Hopkins University Press, Baltimore.
Wang, M. (2013). Moderating effects of theacher-student relationship in adolescents trajectories of emotional and behavioral adjustemnet. *Developmental Psychology, 49,* 690-705.
Webb, C. A., Auerbach, R. P. y DeRubeis, R. J. (2012). Processes of Change in CBT of Adolescent Depression: Review and Recommendations. *Journal of Clinical Child And Adolescent Psychology, 41,* 654-665.
Weissman, M. M., Wickramarate, P. , Pilowsky, D. J. et al. (2014). The effects on children of depressed mothers' remission and relapse over 9 month. *Psychological Medicine, 44,* 2811-2824.
Weisz, J. R., Rudolph, K. D., Granger, D. A. y Sweeney, L. (1992). *Development and Psychopathology, 4,* 627-653.
Whittle, S., Lichter, R., Dennison, M. et al. (2014). Structural brain development and depression onset during adolescence: A prospective longitudinal study. *American Journal of Psychiatry, 171,* 564-571.
Wiggins, J. J. y Winder, C. L. (1961). The Peer Nomination Inventory. An empirical sociometric measure of adjustement in preadolescent boys. *Psychological Reports, 17,* 1163-1168.
Zamorano, M. A. (2003). Análisis bibliométrico sobre depresión infantil en España. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 3,* 645-653.

11

La esquizofrenia infantil y su tratamiento

ELVIRA MARTÍNEZ BESTEIRO

No existe una realidad verdadera,
sino tantas realidades
como se puedan inventar.

(OSCAR WILDE)

OBJETIVOS DEL CAPÍTULO

En el presente capítulo se pretende dar un panorama general del trastorno del espectro de la esquizofrenia en la etapa infanto-juvenil, incidiendo en los aspectos diferenciales de sus manifestaciones en la etapa adulta. Se intenta ofrecer una visión clara sobre el surgimiento del trastorno, ya que no ocurre de forma abrupta en la adultez temprana, sino que aparece como el producto de interacciones complejas entre condiciones genéticas y ambientales (tanto de carácter físico como psicosocial) que interactúan ya desde la infancia. Asimismo, se intenta clarificar la diferenciación entre los síntomas pseudopsicóticos o subclínicos y los síntomas clínicos. Los primeros son formas atenuadas o transitorias y no siempre devienen en un trastorno esquizofrénico. Los síntomas clínicos son los típicos que conforman la esquizofrenia infanto-juvenil. Se analizan también los distintos factores de riesgo que contribuyen a su desarrollo, tales como las dificultades funcionales persistentes. Asimismo, se señalan las áreas de evaluación y los instrumentos más adecuados para utilizar en esta población. Se destacan los principales tratamientos que se están aplicando en la actualidad y se finaliza con un caso clínico y con unas preguntas de autoevaluación; específicamente, en el caso se trata de plasmar la sintomatología principal que presenta un niño, así como la evaluación y el abordaje terapéutico recomendados.

1. INTRODUCCIÓN TEÓRICA

1.1. Desarrollo evolutivo normal y aspectos epidemiológicos

El diagnóstico de la esquizofrenia y del trastorno bipolar está incrementándose en los niños y adolescentes, calculándose un 1 por diez mil entre niños menores de 13 años y un 0,5 por 100 en niños de 13 a 17 años (Ben, 2012). Y si nos referimos a las admisiones psiquiátricas, la esquizofrenia en edades de 10 a 18 años se cifra en un 24,5 por 100 (NICE, 2013), influyendo también el hecho de que hasta hace unos treinta años los psicólogos y psiquiatras rechazaban el diagnóstico de psicosis en la población infanto-juvenil (Parry-Jones, 2000, citado en Klara, 2009). Además, los trastornos psicóticos, y en concreto la esquizofrenia, suelen tener efectos negativos en el funcionamiento de las personas, tanto emocional y social como ocupacional, y suponen una carga tanto para la familia como para el sistema sanitario. En este sentido, se ha observado una fuerte asociación entre la duración de la psicosis no tratada y un amplio rango de consecuencias clínicas y funcionales, incluidas las relacionadas con el manejo de los síntomas, funcionamiento social y ocupacional, y morbi-mortalidad (Schimmelmann, Walger y Schultze-Lutter, 2013). Otros datos epidemiológicos se refieren al fenómeno de síntomas psicóticos subclínicos, que comentaremos más adelante, apareciendo en las etapas adulta y adolescente en torno al 10-35 por 100. La prevalencia de estos síntomas en la población general se reduce en el transcurso de la infancia a la adultez, de modo que los síntomas subclínicos persistentes más allá de esta etapa del desarrollo se limitan a un pequeño porcentaje de la población, es decir, que la mayoría no desarrollan psicosis (Obiols y Barrantes-Vidal, 2014; Tiffin y Welsh, 2013). Para que estos síntomas deriven en una patología deben interactuar con otros factores de riesgo ambientales (por ejemplo, consumo de cannabis o eventos traumáticos, entre otros), hereditarios (por ejemplo, familiares de primer grado con un trastorno psicótico) y/o psicológicos (por ejemplo, síntomas depresivos) (Fonseca-Pedrero et al., 2011); se informan tasas de remisión del 50 por 100 y, por tanto, no conversión a trastorno psicótico en un plazo de dos años (Hiastala y McClellan, 2005, en Schimmelmann et al., 2013).

El egocentrismo y el pensamiento mágico o extraño es común en niños como parte de su desarrollo normal en la etapa preoperacional, de 2 a 7 años. A través de ellas el niño experimenta la mayoría de los acontecimientos que le suceden (Schimmelmann et al., 2013), hablándose con frecuencia a sí mismos mediante monólogos en voz alta. Ya Caplan (1994) señalaba que es difícil considerar como trastornos del pensamiento las frecuentes pérdidas de asociaciones y el pensamiento ilógico que se reflejan en el lenguaje anterior a los 6 años, dada

la incapacidad de la población preescolar para utilizar las nociones de realidad y la lógica adulta. Además, los niños pequeños cambian de tema de manera rápida, pueden sustituir frases por palabras y también cometen otro tipo de errores lingüísticos. Todo ello no indica, necesariamente, la existencia de sintomatología típica de la esquizofrenia.

Del mismo modo, algunas alucinaciones puede que no revelen una esquizofrenia, sobre todo si ocurren como reacción a una ansiedad aguda o estrés situacional u ocurren de manera aislada o por la noche; además, según algunos estudios, son transitorias en el 60 por 100 de los casos (Escher, Romme, Buiks, Delespaul y Van Os, 2002). Asimismo, Ballespí, Barrantes-Vidal y Obiols (1999) observaron que las alucinaciones visuales y táctiles, ocasionalmente observables en preescolares, particularmente en situaciones de ansiedad y estrés, tienen un pronóstico relativamente benigno, sobre todo cuando son fenómenos hipnagógicos. Incidiendo en los problemas que pueden aparecer por la noche, sí que se ha observado cierta relación entre las pesadillas y la aparición posterior de sintomatología psicótica; Fisher et al. (2014) resaltan cómo los niños cuyas madres dijeron que habían experimentado pesadillas frecuentes entre los dos años y medio y los nueve años eran más propensos a presentar experiencias psicóticas a los 12 años.

Otro fenómeno que no se debe confundir con las alucinaciones son los amigos imaginarios, ya que en estos casos los niños saben que no son reales y forman parte de las fantasías del mundo infantil.

Sin embargo, aspectos como el retraimiento social, la inestabilidad e inmadurez emocional, la impulsividad, la agresividad, la irritabilidad y la ansiedad, así como la introversión, la desatención y la pasividad escolares, han de tenerse en cuenta como circunstancias de un valor predictivo nada desdeñable (Ballespí et al., 1999).

1.2. Características del trastorno según la edad

Según Tizón et al. (2008), hoy en día no es sostenible la tradicional concepción de «episodio» o «brote» (sin relación con la vida anterior de la persona), incidiéndose cada vez más en la diferenciación de los síntomas prodrómicos de la esquizofrenia. Así, el período que pasa entre sus primeras manifestaciones y el reconocimiento y los primeros tratamientos del trastorno se denomina DUP (Duration of Untreated Psychoses), o duración de la psicosis no tratada. Se ha señalado que una DUP larga se relaciona con un inicio insidioso de la enfermedad, mayor número de recaídas y rehospitalizaciones psiquiátricas durante el curso de la enfermedad, además de una pobre respuesta al tratamiento farmacológico con antipsicóticos, así como un bajo ajuste premórbido, en especial durante la adolescencia tardía y la edad adulta (García, Fresán, Medina-Mora y Ruiz, 2008).

El curso temprano de la esquizofrenia tiene tres fases:

— Período premórbido.
— Período prodrómico.

— Psicosis aguda.

El *periodo premórbido* hace referencia al funcionamiento psicosocial del individuo antes de que aparezca la esquizofrenia. El *periodo prodrómico* muestra cuando empieza el proceso de la enfermedad, pero antes de que haya síntomas prominentes. El término «pródromo» deriva del griego *prodromos,* que literalmente significa «predecesor de un evento»; por tanto, en psiquiatría, un pródromo se refiere a los signos y síntomas precoces que preceden a las manifestaciones agudas y características de un trastorno. En este período el niño puede experimentar preocupaciones con juegos bizarros, donde se incluyen monstruos o muertes, y existe asimismo un deterioro en el lenguaje, la inteligencia y el funcionamiento cognitivo (Klara, 2009). La *psicosis aguda* correspondería con la aparición de la sintomatología típica de la esquizofrenia.

Según el desarrollo, la esquizofrenia se diagnostica como «esquizofrenia de inicio temprano» (EOS, *Early Onset Schizophrenia*) cuando los síntomas aparecen antes de los 18 años. Si aparecen antes de los 12-13 años, se denomina «esquizofrenia de inicio muy temprano» o VEOS *(Very Early Onset Schizophrenia)* o esquizofrenia de aparición pre-puberal. El trastorno del espectro esquizofrénico de aparición temprana tiene un curso crónico y tiene consecuencias negativas en el 79 por 100 de los casos. Los pacientes empeoran de manera moderada o severa (Jarbin, Ott y von Knorring, 2003), duplican el riesgo de rehospitalización en un período de tres años (Eaton et al., 1992) y están en riesgo de experimentar más retraso en el tratamiento que cuando la aparición es en la edad adulta (Schimmelmann et al., 2013). Específicamente, los pacientes con VEOS muestran una alta tasa de aparición insidiosa, problemas cognitivos y peores resultados (Röpcke y Eggers, 2005).

Es aquí donde se hace necesario referirnos a los conceptos de factor de riesgo y señales de alarma. El factor de riesgo para la salud mental de la infancia es toda característica o circunstancia del niño o niña que comporte una mayor posibilidad estadística de trastorno psicopatológico que la observada en la población general. La señal de alarma es todo signo, síntoma o conjunto de manifestaciones que, si aparecen en determinada edad, deben de hacer pensar inmediatamente en la posibilidad de un trastorno psicopatológico. La edad de mayor riesgo para el inicio del desarrollo de la esquizofrenia suele ser los 17 años, si bien se considera que su comienzo puede producirse desde los 14 hasta los 25 años (González, Sifre, Benavides y Calvo, 1998). Tizón et al. (2008) han elaborado un listado de factores de riesgo para trastornos psicóticos (véase tabla 11.1), que ha utilizado para identificar indicadores para la atención preventiva y clínica realizada en la Unidad Funcional de Atención a la Salud (mental) de la Primera Infancia de Cataluña. Dicha unidad funciona desde 1995 como programa preventivo reconocido por la «Mental Health Europe». Sin embargo, hemos de reflexionar sobre una posible sobreestimación de riesgo de psicosis, como nos indican Preti, Cella y Raballo (2012): «todo lo que brilla, no es psicosis».

TABLA 11.1

Antecedentes y factores de riesgo precoces en la infancia para la esquizofrenia posterior. Modificado de Tizón et al. (2008)

Problemas pre o perinatales

— Problemas obstétricos y perinatales.
— Bajo peso/gestación acortada.
— Infecciones maternas durante el embarazo.
— Daños neurológicos perinatales.
— Menor tasa de lactancia materna con respecto a los hermanos.
— Estrés emocional materno elevado.

Desarrollo

— Retraso en la deambulación.
— Retrasos del desarrollo.
— Trastornos cognitivos.

Socialización
— Hábitos solitarios.
— Evitación de la relación social.
— Problemas maternos de manejo a los cuatro años.
— Problemas de relaciones interpersonales/Menos de dos amigos.
— Historia de juegos en solitario.
— Pasividad en la relación social.
— Separaciones tempranas de los padres.
— Institucionalización temprana.
— Trastornos en la dinámica familiar.

Otros síntomas o trastornos

— Niños hipersensibles.
— Labilidad emocional.
— Ansiedad y evitación sociales.
— Trastornos del lenguaje.
— Conductas disruptivas y agresivas.
— Trauma, *bullying*.
— Malos resultados escolares.
— Según los profesores: «niño raro».

En esta línea incluimos también las aportaciones de Yung et al. (1996), que ya establecieron una diferencia entre factor de riesgo «estado», que no implica necesariamente la posterior aparición del trastorno, y el factor de riesgo «rasgo», que incluiría la historia familiar y ciertos marcadores biológicos que confieren mayor probabilidad de aparición del trastorno psicótico. Así, el pródromo es visto como un síndrome independiente de riesgo de psicosis, pero no inevitable, donde la intervención se vería como una prevención primaria, dependiendo de la etapa del pródromo. Estos autores identifican como pródromos no específicos, que no representarían vulnerabilidad sino una patología subyacente, los siguientes: ansiedad irritabilidad, estado de ánimo deprimido, anergia y aislamiento social. También hallaron otros más relacionados con la psicosis, como las alteraciones perceptivas,

los delirios y la suspicacia.

Así pues, estilos inusuales de personalidad, anomalías del neurodesarrollo y problemas de lenguaje o la motricidad pueden aparecer como precursores tempranos de un cuadro esquizofrénico ulterior (Ballespí et al., 1999); si nos centramos en las características de los niños con alto riesgo psicótico, y teniendo en cuenta la edad, podemos mencionar las siguientes (González et al., 1998):

— Desde el nacimiento hasta los 2 años de edad los niños presentan un retraso en la motricidad gruesa y/o en el desarrollo visomotor, así como desarrollo psicomotor desorganizado y retraso en el crecimiento esquelético.
— Entre los 3 y los 6 años aparecen trastornos psicopatológicos moderados a severos y problemas de conducta.
— Hacia los 10 años muestran déficits cognitivos y moderados trastornos psicopatológicos.
— En la adolescencia o edad adulta aparece un trastorno esquizofrénico o esquizotípico, considerándose la esquizotipia una condición leve del espectro esquizofrénico.

Según algunos autores (Röpcke y Eggers, 2005), los adolescentes con EOS, en un período de seguimiento de 15 años, presentaron malas relaciones, retraimiento emocional, aislamiento social pasivo-apático, afecto embotado, ansiedad, depresión, tensión, mala atención, excitación y dificultad en el pensamiento abstracto.

A continuación observaremos los distintos síntomas más específicos de la esquizofrenia y sus particularidades en la etapa infanto-juvenil, de las que destacamos *las alteraciones del pensamiento*, *las alteraciones perceptivas auditivas* y *la confusión de la realidad*, es decir, si distinguen entre lo que es real y lo que es producto de su imaginación o sueños, que forman parte de otro grupo de síntomas (Calkins et al., 2014).

En primer lugar, respecto a ***las alteraciones del pensamiento***, su diagnóstico es difícil en este ámbito, porque en los niños el habla está en continuo desarrollo. En los niños menores de siete años a veces el habla puede ser incoherente, porque suelen cambiar de tema de manera rápida e impredecible. Durante la niñez es común y, por tanto, no patológica, la sustitución de frases por palabras, así como cometer errores lingüísticos, siendo menos comunes estas manifestaciones a medida que crecen.

En cuanto a ***las alteraciones perceptivas auditivas: las alucinaciones***, predominantemente auditivas, aparecen entre el 30-80 por 100 de los casos cuando se diagnostica la esquizofrenia temprana (Askenazy et al., 2007). Otros autores señalan cifras menores (Bartels-Velthuis et al., 2010, citado en Schimmelmann et al., 2013; De Loore et al., 2011), indicando que la persistencia de tales alucinaciones oscila desde un 24 a un 27 por 100 en seguimientos en torno a los dos o cinco años. Es importante resaltar cómo el grado de persistencia de las alucinaciones en una muestra de niños de 13-14 años se asocia a un mayor riesgo de presentar ideación delirante a los dos años siguientes, así como el estado de ánimo deprimido. Por ello,

si bien las alucinaciones en los adolescentes son comunes y constituyen un fenómeno transitorio, la persistencia en el tiempo se asocia con un deterioro clínico importante. También las alucinaciones auditivas y las alteraciones cenestésicas son más frecuentes en personas con VEOS que con EOS (Röpcke y Eggers, 2005).

La confusión de la realidad: los delirios, ocurren en el 60-90 por 100 de los niños con esquizofrenia (Eggers, Bunk y Krause, 2000). Son menos frecuentes que en los adultos y tienden a ser simples, no sistematizados. Se han observado delirios de hipocondría, persecutorio o de grandeza, tanto en niños prepuberales como en adolescentes.

Otro grupo de síntomas que suele aparecer en la adolescencia se denomina «síntomas subclínicos psicóticos» (Fonseca-Pedrero et al., 2011) o «experiencias persistentes cercanas a la psicosis» (Downs, Cullen, Barragan y Laurens, 2013); incluye experiencias alucinatorias, pensamiento mágico o síntomas delirantes, que se presentan con menor intensidad, persistencia, frecuencia y discapacidad asociada que en pacientes con esquizofrenia, y no está ligado necesariamente a una alteración psicopatológica. En algunos estudios longitudinales se informa que la presencia de estos síntomas a edades tempranas incrementa el riesgo futuro de desarrollar un trastorno del espectro esquizofrénico y predice las experiencias delirantes en la etapa adulta. Fonseca-Pedrero et al. (2011) señalaron que sólo en un conjunto reducido de adolescentes estas experiencias se mantienen de forma persistente, evolucionan de forma desfavorable y llegan a su expresión clínica, causando un impacto clínicamente significativo. Sin embargo, sí que se ha observado su relación con un riesgo incrementado de síntomas internalizantes en la adolescencia y externalizantes a edades inferiores. Se puede afirmar, pues, que en general los síntomas subclínicos psicóticos persistentes se asocian con dificultades emocionales y comportamentales en la niñez y adolescencia, mientras que tales síntomas, si aparecen de manera transitoria, pueden ser parte del desarrollo normativo de la niñez (Downs et al., 2013).

Las conductas agresivas en personas con esquizofrenia son informadas con frecuencia en los medios de comunicación. Existen dos grupos de individuos, aquellos que no presentan historia de agresión, pero en los que los síntomas por sí mismos pueden jugar un papel clave en el desarrollo de riesgo de violencia, y otros grupos con historia de dificultades comportamentales y exposición a adversidades en la niñez que están relacionados con la aparición de su enfermedad y que a menudo parecen precursores de agresión en muestras no psicóticas. Sin embargo, se tiene poca información respecto a la asociación de la violencia y la psicosis en la adolescencia. Khalid, Ford y Maughan (2012) llevaron a cabo un estudio al respecto con niños y adolescentes, de los cuales 173 individuos presentaban síntomas de psicosis (diversos diagnósticos tales como esquizofrenia, trastorno delirante y otros), 1.346 sujetos presentaban síntomas de agresión (síntomas de agresividad, *bullying*, etc.) y 39 participantes mostraban tanto síntomas de psicosis como de agresión, representando, por tanto, sólo el 2,9 por 100 de la muestra. Estos últimos presentaban problemas de relación con sus padres y otros adultos, elevadas tasas de irritabilidad, problemas de conducta tanto con o sin agresividad, y específicamente en los más jóvenes se daban pensamientos intrusivos,

inquietud, despersonalización/desrealización y conducta social desinhibida.

No obstante, Calkins et al. (2014) indican que los adolescentes tienden a no confiar sus experiencias de tipo psicótico a sus cuidadores o clínicos, lo que en muchas ocasiones complica el diagnóstico.

No nos gustaría terminar este apartado sin insistir en la importancia de prevenir el desarrollo de la esquizofrenia, señalando para ello algunos de los factores protectores que mencionan Ballespí et al. (1999). Destacan dos categorías: los factores protectores bio-conductuales relacionados con el sistema nervioso integrado, elevada inteligencia, motivación y actitud perseverante, extraversión, sociabilidad, comportamientos prosociales, ausencia de retraimiento social y atractivo físico; y los factores protectores ambientales, referidos al ambiente familiar libre de perturbaciones relacionales, red sólida de apoyo social en la preadolescencia y adolescencia, padres capaces de responder a las necesidades cambiantes de un individuo en desarrollo, estatus socioeconómico elevado, y que la madre no presente trastornos afectivos graves ni pobre competencia social ni pocas habilidades estimulativas.

1.3. Modelos explicativos y etiología

Últimamente existen estudios que inciden en que cada vez existen más pruebas de que la esquizofrenia es una enfermedad cuyo origen etiológico se relaciona con alteraciones en el neurodesarrollo, aspecto que tiene importantes implicaciones a la hora de diagnosticar una psicosis (Navarro, Barcia y van Os (2000). Hoy en día, se puede afirmar que «la esquizofrenia es una enfermedad cerebral de origen genético y ambiental con factores de riesgo precisos y conocidos» (Stefan y Murray, 2002). Se sabe que el riesgo a desarrollar esquizofrenia está relacionado con el parentesco del sujeto con sus predecesores. Así, los familiares de primer grado de un paciente esquizofrénico presentan un mayor riesgo de padecer un trastorno del espectro esquizofrénico que los familiares de segundo grado y, evidentemente, más que la población general. Pero la herencia no puede, por sí sola, explicar todos los casos de esquizofrenia, ya que un 60 por 100 de los pacientes esquizofrénicos carecen de historia familiar del trastorno; por tanto, las variables ambientales podrían estar determinando la existencia de diferencias individuales (Obiols y Vicens-Vilanova, 2003). Es, por tanto, un trastorno multicausal, caracterizado por distintas manifestaciones, formas de aparición y cursos de desarrollo.

Muchos han sido los estudios que relacionan el estrés con la esquizofrenia (por ejemplo, Leff, Kuipers, Berkowitz, Vaughn y Sturgeon, 1983; Zubin y Spring, 1977), pero no hay ningún estudio que investigue cómo se ven afectados por estrés ambiental los niños con un riesgo elevado de padecer esquizofrenia. Recientemente se ha estudiado cómo influyen los estresores diarios y los eventos vitales negativos en el desarrollo de la esquizofrenia en los niños en el Reino Unido (Cullen, Fisher, Roberts, Pariante y Laurens, 2014). Dichos autores observaron que los niños con una historia familiar de esquizofrenia, los que presentaban múltiples

antecedentes de esquizofrenia y los que estaban expuestos frecuentemente a eventos vitales negativos y a estresores diarios tenían mayor riesgo de padecerla, comparado con los niños que no presentaban tal exposición. En otros estudios (Serrano y Flores, 2005) se ha puesto de manifiesto que la gente joven es más sensible a los factores ambientales, tanto positivos como negativos. Se observa que un ambiente familiar negativo incrementa el riesgo de psicosis, independientemente de que exista o no historia familiar previa. Por el contrario, un ambiente familiar positivo tiene un efecto protector significativo únicamente en aquellas personas en que existe una historia familiar de psicosis (González-Pinto et al., 2011).

Tradicionalmente se han planteado diversas aproximaciones propuestas por los principales modelos explicativos de la esquizofrenia: el modelo psicodinámico, el sistémico familiar, el neurocognitivo, el genético, el neuroquímico y el de vulnerabilidad/diátesis-estrés.

En primer lugar, el *modelo psicodinámico* explica la causa de la esquizofrenia, a través de tres componentes (Willick, 2001): primero, se creía que el daño al yo y sus funciones tenían lugar principalmente en los primeros uno o dos años de vida del sujeto; segundo, que las causas primordiales de este daño al yo dependían de un cuidado profundamente inadecuado por parte de los cuidadores; tercero, que en la mayoría de los casos no existían procesos orgánicos responsables del trastorno. Incidiendo en este planteamiento, podríamos decir que realmente el modelo psicodinámico incluye a su vez otros dos modelos básicos (González et al.,1998), el modelo de déficit y el modelo de conflicto. El modelo de déficit se plantea que la carencia de la capacidad cognitiva del niño le impide internalizar sus experiencias con la madre, produciéndose como consecuencia una inestabilidad que se manifestará en las etapas criticas del desarrollo. El modelo de conflicto, por su parte, plantea que existe un déficit madurativo que se observa en una fijación durante la etapa autoerótica o en la regresión a esa etapa, lo que conlleva que el niño no pueda introyectar los objetos buenos o que no pueda aprender a distinguir las sensaciones procedentes de su cuerpo y las producidas por otras personas, dando lugar a las alucinaciones. Dentro de la teoría psicodinámica, propuesta inicialmente por Frieda Fromm-Reichman en 1948 y actualmente desechada, se consideraba la actitud de la madre hacia el niño como el primer factor causal en el desarrollo de la esquizofrenia. Esta actitud se plasma en el concepto de «madre esquizofrenógena», descrita por la autora como rechazadora, fría, sobreprotectora o claramente hostil. Otro autor, Theodor Lidz, observó que las madres esquizofrenógenas eran impermeables frente a las necesidades y deseos de otros miembros de la familia, y mantuvo hasta su muerte, en 2001, que la esquizofrenia estaba claramente influida por las relaciones familiares.

El *modelo sistémico* centra sus explicaciones en una comunicación defectuosa en el seno familiar. Los estudios de la Escuela de Palo Alto, encabezados por Bateson, Jackson, Haley y Weakland en 1956, hablaban del doble vínculo caracterizado por mensajes contradictorios en los que uno niega al otro, en una relación intensa que el paciente no puede evitar o de la que no puede escapar, sentando las bases del origen de la esquizofrenia. Sin embargo, resulta difícil averiguar si la aparición del trastorno da lugar al desajuste del sistema familiar o si éste ha contribuido a la aparición del trastorno.

En cuanto al *modelo neurocognitivo*, plantea que la disfunción del córtex prefrontal (CPF) es un hallazgo central para explicar la sintomatología de la esquizofrenia. Se ha observado que los niveles anormales de activación de la CPF, así como disfunciones en la conectividad con otras estructuras cerebrales, juegan un importante rol en la delimitación de la enfermedad. Se produce, por tanto, una alteración en procesos cognitivos fundamentales ubicados principalmente en la CPF, por ejemplo funciones ejecutivas. Adicionalmente, las personas con esquizofrenia tendrían un deterioro en procesos cognitivos de segundo orden, por ejemplo en la memoria, en el lenguaje o en la emoción. Esta alteración en los procesos cognitivos de primer y segundo orden produciría finalmente los síntomas de la esquizofrenia, por ejemplo alucinaciones o síntomas negativos (Orellana, Slachevsky y Silva, 2006).

El *modelo genético* parte de la idea de que el riesgo a desarrollar esquizofrenia está directamente relacionado con el grado de parentesco o de carga biológica compartida. Los familiares de primer grado de un paciente esquizofrénico presentan un mayor riesgo de presentar un trastorno del espectro esquizofrénico que la población general. Los familiares de segundo grado tienen mayor riesgo para los gemelos monozigóticos que para los dizigóticos. En el caso de los hijos biológicos de individuos con esquizofrenia, cuando son adoptados el riesgo sigue manteniéndose a niveles más elevados que en la población general (Obiols y Vicens-Vilanova, 2003). Algunas de las últimas investigaciones afirman que trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresión comparten factores de riesgo genéticos y variaciones relacionadas con el sistema inmunitario (Nature Neuroscience, 2015).

Realmente, el modelo genético incluye a su vez distintos modelos:

— *Modelo monogénico:* postula que todos los tipos de esquizofrenia comparten el mismo gen, pero con distinto grado de penetrancia; sin embargo, puesto que sólo entre el 30 y 35 por 100 de la descendencia de los pacientes esquizofrénicos desarrolla la patología, no se observa apoyo para este modelo.
— *Modelo heterogenético*: plantea que la esquizofrenia consiste en diversas patologías, cada una de ellas asociada a un *loci* (localización especifica de un gen) mayor, que se transmite por herencia dominante, recesiva o ligada a cromosoma X. No parece que haya datos a favor de este modelo.
— *Modelo poligénico*: mantiene que la esquizofrenia resulta de la combinación de múltiples genes defectuosos, con eventuales interacciones con el ambiente. Este modelo postula que el riesgo a desarrollar esquizofrenia se puede ligar a un rasgo con una distribución continua, donde habría un umbral para la expresión clínica de la enfermedad. Esta hipótesis explicaría el por qué se encuentran expresiones subclínicas en los gemelos y otros familiares de pacientes esquizofrénicos.

Asi pues, se apoya la idea de una herencia poligénica, que se combina con factores sociales o con otras variables del entorno. En definitiva, la dicotomía entre ambiente y

genética ya no se acepta, dando por finalizada la discusión «naturaleza versus crianza» del siglo pasado, planteándose que la esquizofrenia es secundaria tanto a factores genéticos como ambientales, así como a una combinación de ambos.

Los *modelos neuroquímicos* postulan la influencia de distintos mecanismos neuroquímicos en el desarrollo de la esquizofrenia. Las principales hipótesis son la hipótesis dopaminérgica y la hipótesis noradrenérgica. Se produciría una hiperactivación de las vías dopaminérgicas, avalada por la función de los neurolépticos que bloquean los receptores dopaminérgicos, produciéndose una disminución de los síntomas positivos. Por otro lado, se plantea la existencia de un déficit noradrenérgico, que a su vez daría como consecuencia la hiperactividad dopaminérgica.

El *modelo de diátesis-estrés* (Zubin y Spring, 1977) surge como un intento por integrar aquellos elementos que han demostrado tener algún papel en el inicio o el mantenimiento del trastorno. Plantea la vulnerabilidad genética del organismo y su interacción con estresores psicológicos externos diversos, tales como acontecimientos vitales negativos o dinámica familiar. Por tanto, la vulnerabilidad genética es responsable tanto de la herencia como de factores físicos pre y postnatales, y todos ellos interactúan con el ambiente, los sucesos cotidianos y las habilidades de afrontamiento que posee el individuo. Sin embargo, ni la vulnerabilidad ni los factores estresantes por separado son suficientes para desencadenar un primer episodio o producir una recaída. Según este planteamiento, cada persona tiene un nivel de vulnerabilidad a la esquizofrenia, nivel que puede oscilar de riesgo nulo a elevado, interactuando con sucesos estresantes. Si la combinación vulnerabilidad-estrés excede de un determinado nivel crítico se producirá la crisis esquizofrénica; en estos casos, cuando la causa del estrés disminuye, el trastorno se reduce, por lo que la persona volvería a un nivel previo. De esta forma, no es que la esquizofrenia sea un trastorno permanente, sino que se concibe la existencia de una vulnerabilidad permanente al trastorno.

2. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

2.1. Áreas a evaluar

La evaluación en edad precoz es aconsejable y supone un primer paso en el proceso de intervención temprana que, en casos de psicosis, se asocia con una mejor respuesta al tratamiento. Una larga duración de psicosis no tratada predice resultados más pobres y se asocia con un 20 por 100 de riesgo de convertirse en psicosis en los adolescentes mayores y adultos en el siguiente año (Schimmelmann et al., 2013). Velthorst et al. (2013) observaron que un gran número de pacientes con riesgo elevado de psicosis tienden a recuperarse de sus síntomas (seguimiento a 2 años), en términos de funcionamiento.

Se considera importante la evaluación tanto de los procesos cognitivos como del riesgo de auto o heteroagresión y de la capacidad para el autocuidado del paciente, así como las

relaciones interpersonales o problemas de comunicación y la calidad de vida (Ulloa, Sauer y Apiquian, 2011). Es en este ámbito donde se hace necesario utilizar instrumentos de medida destinados a evaluar básicamente tanto la presencia de sintomatología psicótica como el riesgo de psicosis (Kline et al., 2012). Se considera que una evaluación detallada de síntomas básicos perceptivos y cognitivos puede guiar la labor diagnóstica a la hora de diferenciar entre casos *borderline* o de alto riesgo para psicosis. A la hora de evaluar la esquizofrenia señalamos en primer lugar algunas entrevistas, para posteriormente incluir otros instrumentos más específicos sobre la presencia tanto de síntomas subclínicos como de la sintomatología típica de la esquizofrenia, una escala de evaluación del funcionamiento global, así como un instrumento que permite evaluar la comunicación familiar.

Específicamente, el proceso de evaluación clínica de un paciente pediátrico con esquizofrenia ha de contener una historia clínica apoyada por entrevistas diagnósticas como, por ejemplo, la K-SADS-PL *(Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Lifetime version)*, y, una vez confirmado el diagnóstico, administrar escalas específicas de gravedad como la BPRS *(Brief Psychiatric Rating Scale)* o la escala PANSS *(Positive and Negative Symptoms of Schizophrenia)*, sobre las que ofrecemos a continuación más información.

La Entrevista diagnóstica estructurada para niños, DISC *(Diagnostic Interview Schedule for Children)*, de Costello, Edelbrock, Dulcan, Kalas y Klaric (1984), tiene como objetivo la evaluación de posibles trastornos en sujetos de 6 a 17 años de acuerdo con los criterios DSM-IV y CIE-10. La última versión, DISC-IV, en su versión en español presenta buenas cualidades psicométricas (Bravo et al., 2001). Una de sus ventajas es que puede ser administrada por entrevistadores legos, sin experiencia clínica pero entrenados en su uso. Dispone de dos formas, una para padres (DISC-P) y otra para niños (DISC-C). La entrevista con el niño puede aplicarse en una sola sesión de una hora de duración; la forma para padres dura entre 60 y 90 minutos e informa también del inicio, duración y severidad del trastorno. La DISC ha conseguido imponerse sobre otras entrevistas debido a la gran cantidad de estudios y a los excelentes resultados que de ellos se han obtenido. Nos interesa especialmente resaltar los nueve síntomas de la DISC que se utilizan para evaluar los síntomas subclínicos psicóticos. Se recogen cinco sobre alucinaciones auditivas, lectura de mente, ideas de referencia, ideas paranoides e ideas de cambios somáticos, así como otros cuatro ítems que evalúan alucinaciones visuales, fenómenos de pasividad, experiencias telepáticas y grandiosidad. Algunos ejemplos de preguntas son: «Has oído voces que otras personas no pueden oír?» para evaluar alucinaciones auditivas, «¿Has pensado alguna vez que la gente te sigue o te espía?» para evaluar delirios.

La Escala infantil para trastornos afectivos y esquizofrenia K-SADS-PL *(Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Lifetime versión)*, de Kaufman et al., 1997) es una entrevista diagnóstica semiestructurada que evalúa la psicopatología presente y pasada en niños y adolescentes siguiendo criterios del DSM-IV (validación española de Ulloa et al. (2006). Se compone de las siguientes secciones: entrevista introductoria, entrevista

diagnóstica de sondeo o cribado y suplementos diagnósticos (trastornos afectivos, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta, abuso de sustancias y otros). Brinda la posibilidad de codificar el número y la duración de los episodios previos y evaluar alteraciones del funcionamiento global del entrevistado por medio de la C-GAS que posteriormente comentaremos. También proporciona información de la historia del desarrollo, antecedentes familiares y patológicos del sujeto.

La entrevista estructurada para los síndromes en riesgo de psicosis, el SIPS (*Structured Interview for Psychosis Risk Syndromes*, de Miller et al., 2003) es una entrevista semiestructurada que se centra en las experiencias de los entrevistadores sobre los síntomas de psicosis. Evalúa 19 síntomas e incluye cinco síntomas positivos, seis negativos, cuatro de desorganización y otros cuatro síntomas generales. Incluye criterios diagnósticos para los síndromes de riesgo de psicosis, trastorno de personalidad esquizotípica y psicosis; presenta una fiabilidad interevaluador de 0,93 y una tasa de transición a psicosis del 54 por 100 (Fresán, Apiquian, Ulloa y Nicolini, 2007). Independientemente de su valor, necesita mucho tiempo para cumplimentarla y requiere un entrenamiento intensivo, hechos que, junto con su objetivo de evaluar un fenómeno de bajas tasas, hace improbable que se use lejos de entornos especializados (Thompson et al., 2014).

El cuestionario sobre pródromos, PQ-B (*Prodromal Questionnaire, Brief Version;* Loewy, Pearson, Vinogradov, Bearden y Cannon, 2011) contiene 21 ítems que se responden dicotómicamente como sí/no, puntuando sólo aquellos ítems que se marcan como afirmativos. En cada ítem respondido como «sí» los sujetos indican su acuerdo en una escala tipo Likert de 0 (fuertemente en desacuerdo) a 5 (fuertemente de acuerdo). Se calculan las puntuaciones en *distress* sumando los ítems señalados como verdaderos. Se ha observado una especificidad de 0,68 y una sensibilidad de 0,88 respecto al SIPS, usando un punto de corte de seis o mayor en la medida de *distress*.

El cuestionario de riesgo de psicosis juvenil, YPARQ-B (*Youth Psychosis at Risk Questionnaire;* Ord, Myles-Worsley, Blailes y Ngiralmau, 2004) contiene 28 ítems derivados de la CAARMS (*Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States,* Yung et al., 2005) que se responden dicotómicamente como sí/no, puntuando sólo los ítems con respuesta afirmativa. Los autores recomiendan un punto de corte de 11 para categorizar las respuestas como afirmativas o negativas. Se informa de una sensibilidad de 0,82 y especificidad de 0,99 con estudiantes de escuela secundaria.

Se han comparado el YPARQ-B y el PQ-B (Kline et al., 2012), y se concluye que los dos instrumentos parecen ser medidas fiables y válidas del síndrome de psicosis atenuada, eligiendo alguno en concreto dependiendo de las metas del evaluador. Así, el YPARQ-B es un autoinforme de 28 ítems y el de mayor especificidad, pero es más lento de cumplimentar. EL PQ-B es un cuestionario de 21 ítems que ofrece más datos sobre el *distress* asociado con los síntomas, en el ámbito clínico.

Una de las escalas más utilizadas para evaluar la sintomatología de la esquizofrenia es la PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale;* Kay, Fiszbein y Opler, 1987, validada en

España por Peralta y Cuesta, 1994), basada en la BRPS que comentaremos más adelante. Si bien la edad de aplicación es de 18 años en adelante, es utilizada en algunos estudios llevados a cabo en la población infanto-juvenil (Calvo et al., 2014) y con pacientes de comienzo temprano del trastorno (Eggers et al., 2000). Debe ser aplicada por un clínico mediante el formato de entrevista semiestructurada cuya aplicación dura 30-40 minutos y se realiza la valoración sobre la semana previa. Incluye 30 ítems divididos en tres subescalas:

- Escala positiva (delirios, desorganización conceptual, alucinaciones, excitación, grandiosidad, suspicacia, perjuicio y hostilidad).
- Escala negativa (embotamiento afectivo, retraimiento emocional, contacto pobre, retraimiento social, dificultad de pensamiento abstracto, espontaneidad y fluidez, y pensamiento estereotipado).
- Psicopatología general (preocupaciones somáticas, ansiedad, sentimiento de culpa, tensión motora, manierismos, depresión, retardo motor, falta de colaboración, inusuales contenidos del pensamiento, desorientación, atención deficiente, *insight*, trastornos de la volición, control deficiente de impulsos, preocupación y evitación social activa).

En cuanto a sus propiedades psicométricas, las escalas positivas y negativas tienen una buena fiabilidad 0,71 y 0,80 respectivamente; en cuanto a la validez de constructo, ambas escalas no se correlacionan, lo que señala la existencia de dos factores independientes que representan los dos constructos. Permite la observación directa de percepción, cognición, atención, afectividad, psicomotricidad e interacción social. En la primera parte de la entrevista se anima al paciente a hablar de su enfermedad y sus circunstancias vitales generales, observándose la conducta espontánea. Posteriormente se exploran los síntomas y su gravedad, evaluando también el humor, la ansiedad, la orientación y el razonamiento abstracto.

La escala breve de síntomas psiquiátricos, BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*, Overall y Gorham, 1962, véase tabla 11.2), es un instrumento heteroaplicado ampliamente utilizado que evalúa la sintomatología psicótica y afectiva en los tres días previos o una semana. La versión original utiliza una escala Likert que oscila de 1 (no presencia) a 7 (extremadamente severo). Presenta buenas propiedades psicométricas y existen múltiples versiones de esta escala con diferentes sistemas de puntuación y con variable número de ítems; dos de las más utilizadas incluyen 18 ítems; una de ellas se recoge en la versión española de la PANSS y otra es la versión que nos ofrece Martínez Azumendi (2004). En un principio fue desarrollada para realizar evaluaciones rápidas y eficientes de los cambios producidos en los síntomas de los pacientes mentales, y se utiliza preferentemente como una medida de gravedad e incluso de subtipificación (positivo o negativo) del trastorno esquizofrénico. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los 18 ítems; si se usa la versión de escala Likert de 7 valores, la incluida en la PANSS, la puntuación total puede oscilar entre 18 y 126. La puntuación en el cluster de síntomas negativos se obtiene sumando las puntuaciones en los ítems 3 (retraimiento emocional), 13 (enlentecimiento motor), 16 (aplanamiento afectivo) y 18

(desorientación). Esta puntuación oscila entre 4 y 28. La puntuación en el cluster de síntomas positivos se obtiene sumando las puntuaciones en los ítems 4 (desorganización conceptual), 11 (suspicacia), 12 (alucinaciones) y 15 (contenidos del pensamiento inusuales). Su puntuación también oscila entre 4 y 28. Ha de ser administrada por un/a clínico/a experimentado, utilizando la técnica de entrevista semiestructurada. Respecto a la puntuación, la versión de 18 ítems, como hemos comentado, proporciona una puntuación global y puntuaciones en dos apartados: síntomas negativos y síntomas positivos. Si se usa la versión de 18 ítems puntuados con una escala Likert de 5 valores, de 0 (ausencia del síntoma) a 4 (muy grave), se recomiendan los siguientes puntos de corte:

— 0-9: ausencia del trastorno.
— 10-20: trastorno leve o «caso probable».
— 21: trastorno grave o «caso cierto».

TABLA 11.2
Ítems de la BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale, escala breve de evaluación psiquiátrica)

Número	Contenido
1.	Preocupación somática.
2.	Ansiedad psíquica.
3.	Aislamiento emocional.
4.	Desorganización conceptual (incoherencia).
5.	Autodesprecio y sentimientos de culpa.
6.	Tensión. Ansiedad somática.
7.	Manierismo y posturas extrañas.
8.	Grandeza.
9.	Humor depresivo.
10.	Hostilidad.
11.	Suspicacia.
12.	Alucinaciones.
13.	Enlentecimiento motor.
14.	Falta de cooperación.
15.	Contenido inusual del pensamiento.
16.	Embotamiento, aplanamiento afectivo.

17. Excitación.

18. Desorientación y confusión.

El Cuestionario Oviedo para la evaluación de la esquizotipia, ESQUIZO-Q (Fonseca-Pedrero, Muñiz, Lemos-Giráldez, Paino y Villazón-García, 2010) está editado en TEA. En COP (2014) se incluye información sobre la evaluación del instrumento, que resumimos a continuación. Se trata de un test de aplicación breve (se requieren entre cuatro y ocho minutos para su cumplimentación) para la evaluación de los rasgos de personalidad esquizotípica, o propensión a la psicosis en población adolescente (entre 14 y 19 años de edad), que presenta unas buenas propiedades psicométricas. Respecto a la validez de contenido y validez convergente presenta elevadas correlaciones entre las dimensiones del ESQUIZO-Q y el SPQ-B, así como entre las subescalas de la RADS y del ESQUIZOQ. Asimismo, informa de unos buenos niveles de consistencia interna para las diez escalas, oscilando de un 0,62 a un 0,90. En concreto, evalúa la propensión a la esquizofrenia desde un paradigma psicométrico de alto riesgo. Se trata de una prueba de cribado *(screening)* que permite detectar adolescentes con propensión a un trastorno psicológico grave, con la finalidad última de llevar a cabo una evaluación psicológica más precisa de los casos detectados. Presenta una versión extensa y otra abreviada. La versión extensa, de 51 ítems, se compone de diez escalas o factores de primer orden, que se agrupan en tres escalas o factores de segundo orden. Las 10 escalas del ESQUIZO-Q permiten evaluar las siguientes facetas de personalidad esquizotípica:

— Ideas de referencia (IR). Tendencia a interpretar incorrectamente incidentes casuales y acontecimientos externos, atribuyéndoles un significado especial e inhabitual referido a uno mismo.
— Pensamiento mágico (PM). Tendencia a considerar que los acontecimientos que ocurren tienen causas mágicas y a creer en cuestiones poco científicas, como los amuletos, la magia, las supersticiones, los poderes mentales o la existencia de seres extraterrestres.
— Experiencias perceptivas extrañas (EPE). Presencia de alteraciones en la percepción de los estímulos (en sus diferentes modalidades sensoriales); incluye ilusiones perceptivas (percepción errónea de estímulos ambiguos referidos al cuerpo o al ambiente) y experiencias alucinatorias.
— Pensamiento y lenguaje raros (PLR). Presencia de alteraciones leves en el pensamiento y en el lenguaje, de problemas de concentración y fuga de ideas.
— Ideación paranoide (IP). Tendencia a desconfiar de los demás, a vislumbrar motivaciones ocultas en las acciones de los otros, a creer que los otros te quieren hacer daño o que te miran con desprecio.
— Anhedonia física (AF). Presencia de estado emocional aplanado y restringido, con falta de capacidad para experimentar placer proveniente de diferentes fuentes estimulares (tacto, olfato, etc.).

— Anhedonia social (AS). Incapacidad para experimentar placer con las relaciones interpersonales y sociales.
— Comportamiento raro (CR). Presencia de conductas o comportamientos considerados como raros o excéntricos, manierismos poco corrientes, forma tosca de vestir y/o falta de atención a las convenciones sociales habituales.
— Falta de amigos íntimos (FAI). Ausencia de relaciones sociales y desconfianza con amigos y con familiares cercanos.
— Ansiedad social excesiva (ASE). Alteraciones en los sistemas motor, cognitivo y emocional en aquellas situaciones que implican interactuar con gente desconocida.

Las puntuaciones obtenidas en estas escalas, o factores de primer orden, permiten obtener puntuaciones en tres dimensiones generales o factores de segundo orden:

— Distorsión de la realidad (DR) (véase tabla 11.3). Resultado de sumar las puntuaciones en las escalas ideas de referencia, pensamiento mágico, experiencias perceptivas extrañas e ideación paranoide. Una puntuación elevada muestra la presencia de alteraciones de la percepción sensorial, pensamiento cuasi-científico, de tipo autorreferencial y de carácter paranoide.
— Dimensión negativa (DN). Resultado de sumar las puntuaciones en las escalas de anhedonia (física y social). Una puntuación elevada indica tendencia a mostrar afectividad restringida, embotamiento afectivo y dificultad para experimentar placer, tanto en las situaciones sociales como ante cualquier tipo de estimulación sensorial.
— Desorganización interpersonal (DI). Resultado de sumar las puntuaciones en las escalas falta de amigos íntimos, comportamiento raro, pensamiento y lenguaje raros y ansiedad social excesiva. Una puntuación elevada señala tendencia a presentar un lenguaje, pensamiento y/o comportamientos raros, que se acompañan de una ansiedad social excesiva y de una falta de amigos íntimos.

La versión abreviada del test (ESQUIZO-Q-A) incluye 23 ítems que los autores recomiendan utilizar en contextos en que el objetivo principal de la evaluación no sea directamente evaluar el riesgo de padecer algún trastorno del espectro esquizofrénico. Esta versión abreviada cuenta con los siguientes factores de primer orden: experiencias perceptivas extrañas/pensamiento mágico, anhedonia social, falta de amigos íntimos, pensamiento y lenguaje raros/ansiedad social excesiva, comportamiento raro, ideación paranoide, anhedonia física y, por último, ideas de referencia. Estos ocho componentes de la versión abreviada se subsumen en los mismos tres factores que los recogidos en la versión estándar del cuestionario.

TABLA 11.3
Ítems de la dimensión de distorsión de la realidad de la ESQUIZO-Q, tomados de Fonseca et al. (2011)

Número	Contenido
1.	Creo que las cosas que salen en la radio o en la televisión tienen un significado especial para mí, que mis amigos no entienden.
2.	Noto que ciertas cosas guardan un significado oculto que sólo yo puedo entender.
3.	Creo que puedo detectar mensajes ocultos en la televisión o en la radio.
4.	Tengo la extraña sensación de que las cosas que aparecen en la radio o en la televisión están especialmente dirigidas a mí.
5.	Mis amuletos pueden llegar a hacer que apruebe un examen.
6.	Creo que hay gente que puede leer la mente de otras personas.
7.	Los sueños que tengo son señales de que algo malo va a ocurrir.
8.	Creo que existen personas que pueden controlar los pensamientos de otras.
9.	Cuando algo me sale mal es porque alguien me ha echado una maldición.
10.	Creo que alguien trama algo contra mí.
11.	Alguien me la tiene jurada.
12.	La gente me mira con desprecio.
13.	Los demás piensan que soy una mala persona.
14.	Mis compañeros la tienen tomada conmigo.
15.	Estando solo en casa he tenido la sensación de que alguien me hablaba.
16.	Oigo voces que los demás no pueden oír.
17.	Cuando estoy solo tengo la sensación de que alguien susurra mi nombre.
18.	Siento que alguien me envía mensajes ocultos que sólo yo puedo entender.
19.	Tengo pensamientos tan reales que parece como si alguien me hablase.
20.	He sentido como si mi cuerpo no estuviera bajo mi control.
21.	He oído sonidos que no sé si venían de mi cabeza o del exterior.

Ítems del 1 al 4 indican ideación referencial.
Ítems del 5 al 9 indican pensamiento mágico.
Ítems del 10 al 14 indican ideación paranoide.
Ítems del 15 al 21 indican experiencias perceptivas extrañas.

El PRIME SCREEN (Miller et al., 2003) y PRIME SCREEN REVISADO (Miller et al., 2004), adaptación al español (México) de Fresán et al. (2007), consta de 12 ítems (véase tabla 11.4) cuya forma de respuesta adopta la forma de escala tipo Likert que oscila de 0 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo). Según lo propuesto por los autores originales de

la escala, un sujeto presenta síntomas prodrómicos cuando cualquiera de los ítems tiene una puntuación de 6 (totalmente de acuerdo) en el PRIME Screen (Fresán et al., 2007) o bien recomiendan utilizar un umbral de 2 o más en «parcialmente de acuerdo» para categorizar las respuestas positivas vs. negativas en el PRIME Screen Revisado (Kline et al., 2012). Utilizando este último punto de corte en una muestra validada de 36 participantes, este instrumento de cribado *(screeening)* mostró una sensibilidad de 0,90 y una perfecta especificidad con respecto al diagnóstico obtenido con el SIPS. Según la adaptación al español, se muestra la agrupación de los ítems en tres áreas principales denominadas:

— *Factor de alteración del entorno.* Compuesto por seis ítems que miden los aspectos relacionados con la capacidad del sujeto para determinar la veracidad de los sucesos de su entorno, las intenciones de las personas a su alrededor y su comportamiento a partir de sus creencias.
— *Factor de alteraciones sensoperceptivas.* En este factor se agruparon los ítems que evalúan la presencia de alteraciones de la percepción, específicamente en términos de alucinaciones auditivas, así como la sensación inminente de perder el control de sí mismo.
— *Factor de alteración de habilidades propias.* Compuesto por tres ítems que valoran la posibilidad de tener poderes, dones o capacidades especiales que se encuentran fuera de lo normalmente esperado.

Se concluye que es un instrumento con un adecuado comportamiento clinimétrico, que puede ser eficaz para la realización de tamizajes de síntomas prodrómicos en población adolescente, ayudando, por tanto, a identificar a las personas que se encuentran en etapas tempranas de manifestación de un trastorno del espectro esquizofrénico antes de que sean síntomas que llamen claramente la atención a las personas que los rodean.

TABLA 11.4
Ítems del PRIME Screen

Número	Contenido
1.	Creo que pasan cosas raras o inusuales que no puedo explicar.
2.	Creo que soy capaz de predecir el futuro.
3.	He sentido que hay algo que interrumpe o controla mis pensamientos, sentimientos o acciones.
4.	He tenido la experiencia de hacer cosas de forma distinta a los demás debido a mis supersticiones.
5.	En algunas ocasiones me he confundido al no saber si algo que vivo o percibo es real o sólo es parte de mi imaginación.
6.	Es posible que otras personas puedan leer mi mente o yo puedo leer la mente de los demás.

7. Me pregunto si la gente planea hacerme daño o si va a hacerme daño.

8. Creo que tengo poderes especiales o sobrenaturales, además de mis propios talentos.

9. A veces creo que mi mente «me juega trucos o me engaña».

10. He tenido la experiencia de escuchar cosas o la voz de una persona(s) susurrándome o hablándome cuando no hay nadie cerca de mí.

11. Creo que he escuchado mis propios pensamientos en voz alta.

12. Me preocupa que me esté «volviendo loco».

El instrumento de propensión a la esquizofrenia, versión de niños y jóvenes, SPI-CY (*Schizophrenia Proneness Instrument, Child and Youth version,* Schultze-Lutter, Marshall y Koch, 2012; Fux, Walger, Schimmelmann y Schultze-Lutter, 2013), es el único instrumento en el campo de la detección temprana de psicosis especialmente diseñado para usarse en niños y adolescentes. La mayoría de los ítems (véase tabla 11.5) pueden aplicarse a niños a partir de 8 años, aunque algunos pueden requerir procesos metacognitivos de nivel elevado, como, por ejemplo, la evaluación del bloqueo de pensamiento. Sus escalas poseen una buena validez discriminante, aunque es necesario llevar a cabo una validación con una muestra lo suficientemente amplia.

TABLA 11.5
Algunos ítems del SPI-CY (modificado de Schimmelmann et al., 2013)

— Disminución de la capacidad de discriminar entre ideas/percepción y fantasía/memoria.
— Ideas de referencia.
— Alteraciones en la percepción visual.
— Alteraciones en la percepción auditiva.
— Des-realización.
— Perseveración del pensamiento.
— Interferencias del pensamiento.
— Bloqueo del pensamiento.

El sistema de evaluación del comportamiento para niños, BASC-2 (*Behavior Assessment System for Children, Second edition;* Reynolds y Kamphaus, 2004), se puede aplicar de 3 a 18 años y está editada en español por TEA, de donde extraemos la información que señalamos a continuación.

Incluye cinco componentes que valoran al sujeto desde diferentes perspectivas y pueden ser utilizados de modo conjunto o individualmente:

— Un autoinforme (donde el niño o adolescente describe sus emociones y autopercepciones, y que puede ser aplicado a partir de los ocho años). El autoinforme proporciona información sobre escalas clínicas: actitud negativa hacia el colegio,

actitud negativa hacia los profesores, búsqueda de sensaciones, atipicidad, locus de control, somatización, estrés social, ansiedad, depresión y sentido de incapacidad y escalas adaptativas: relaciones interpersonales, relaciones con los padres, autoestima y confianza en sí mismo. También permite la obtención de cuatro dimensiones globales: desajuste escolar, desajuste clínico, ajuste personal y un índice general, el índice de síntomas emocionales.

— Dos cuestionarios de valoración**,** uno para padres y otro para tutores (recogen las descripciones del comportamiento observable del niño en diversos contextos); los cuestionarios de valoración para tutores y para padres miden conductas desadaptivas (escalas clínicas): agresividad, hiperactividad, problemas de conducta, problemas de atención, problemas de aprendizaje, atipicidad, depresión, ansiedad, retraimiento y somatización; y escalas adaptativas: adaptabilidad, habilidades sociales, liderazgo y habilidades para el estudio. Como dimensiones globales, nos permite calcular cinco valores: exteriorizar problemas, interiorizar problemas, problemas escolares, habilidades adaptativas y un índice de síntomas comportamentales.
— Una historia estructurada del desarrollo (incluye la información social, psicológica, del desarrollo, educativa y médica del sujeto que puede influir en el diagnóstico y tratamiento).
— Un sistema de observación del estudiante (registra y clasifica la conducta observada directamente en el aula).

La escala atípica de la BASC-2 agrupa síntomas similares a los que se evalúan en escenarios de riesgo de psicosis o en estadios tempranos de psicosis, incluyendo, por ejemplo, comportamientos extraños, pensamientos delirantes, paranoia y alucinaciones. Los resultados muestran que los informes tanto de los jóvenes como de los padres se asocian de forma independiente con síntomas de riesgo de psicosis evaluados con el SIPS incluso controlando otros síntomas previamente asociados con riesgo de psicosis, tales como ansiedad, depresión, problemas de atención e hiperactividad. Por tanto, se puede concluir que la escala atípica es un predictor específico del estado del SIPS, ofreciendo información relevante más allá de la psicopatología general. Aquellos sujetos que puntúan alto en la escala atípica es probable que cumplan criterios del SIPS para riesgo de psicosis temprana.

La escala de funcionamiento, C-GAS (*Children's Global Assessment of Functioning Scale;* Shaffer et al., 1983), se utiliza para medir el funcionamiento global. Está derivada de la *Global Assessment Scale* (GAS) de adultos de Endicott y ha sido validada por Ezpeleta, Granero y de la Osa (1999). Es un instrumento estandarizado que evalúa el grado de deterioro que ocasiona la psicopatología en el niño y se creó como una medida unidimensional para sintetizar en una sola puntuación el nivel de funcionamiento más bajo de niños y adolescentes de cuatro a dieciséis años. Mide, habitualmente en un período previo de tres meses, la severidad de los síntomas y el nivel de funcionamiento en una escala de 1 a 100, donde el nivel mayor indica el mejor funcionamiento y ausencia de problemas (Browning, Corrigall,

Garety, Emsley y Jolley, 2013). Según Ezpeleta et al. (1999), presenta buenas cualidades psicométricas tanto en fiabilidad temporal y entre los usuarios como en validez, ya que diferencia a sujetos con y sin psicopatología y a sujetos con diferente número de trastornos.

Como se ha señalado previamente, la comunicación es una de las áreas que se recomienda evaluar en casos de familias donde exista un miembro con esquizofrenia. Se ha podido observar que los problemas de comunicación correlacionan con un mayor grado de psicopatología (síntomas negativos y generales de la PANSS); no se puede clarificar si los problemas de comunicación son un estado previo o una consecuencia de tener un niño con un episodio reciente psicótico. Para evaluar esta área se ha utilizado el inventario de comunicación padres-adolescentes (PACI, *Parent-Adolescent Communication Inventory*). Se trata de un instrumento de 20 ítems con buenas propiedades psicométricas, fácil de usar, no requiere entrenamiento especial e incluye dos dimensiones independientes, comunicación abierta y comunicación problemática. La comunicación abierta se caracteriza por un énfasis en la libertad y en el libre intercambio de información tanto fáctica como emocional, así como en la falta de coacción. La comunicación problemática se caracteriza por la vacilación para compartir y por estilos negativos de interacción (Mestre, Samper, Nacher, Tur y Cortés, 2006; Otero et al., 2011).

2.2. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de la esquizofrenia se establece particularmente analizando las diferencias con síndromes psicóticos relacionados con una enfermedad médica o abuso de sustancias (demencias secundarias, Alzheimer, epilepsia del lóbulo temporal, cuadros alcohólicos, consumo de drogas, trastornos endocrinos, lupus...), con trastorno bipolar, con los trastornos delirantes y con el trastorno del espectro del autismo (TEA).

Los síntomas psicóticos son significativamente más frecuentes en pacientes con epilepsia que en la población general, con una prevalencia del 2 al 8 por 100, pero si nos referimos a la población infantil con epilepsia las tasas de prevalencia de psicosis no se han establecido todavía. Dicha psicosis puede ser iatrogénica (a causa de los fármacos o después de una lobectomía temporal), estar relacionada con la remisión de los ataques o también puede existir una psicosis ictal (relacionada con los ataques) que ocurre en el estado epiléptico no convulsivo, confirmado con electroencefalograma, o postictal, siendo esta última de menor frecuencia (Kanner y Dunn, 2004). Sin embargo, algunos autores han señalado que la incidencia de la psicosis post-ictal puede ser infraestimada en niños debido a la pérdida de conciencia y a las diferencias biológicas en la presentación de los síntomas clínicos (Kaur, Marawar y Ritaccioet, 2012).

Específicamente, para distinguir la esquizofrenia del trastorno bipolar el clínico tiene que cerciorarse de que los síntomas psicóticos se presentan con posterioridad a los síntomas afectivos y son congruentes con la temática de la afectividad. Así, en el trastorno bipolar con

síntomas psicóticos, los síntomas maníacos varían con la edad, siendo más frecuente que los niños menores de nueve años presenten agresividad, labilidad emocional e irritabilidad, mientras que en niños más mayores puede aparecer euforia, grandiosidad y fuga de ideas (Klara, 2009).

En cuanto a los trastornos delirantes, la característica fundamental son las ideas delirantes, mientras que en la esquizofrenia predominan las alucinaciones, los trastornos formales del pensamiento y la desorganización. No obstante, cuando en la esquizofrenia aparecen ideas delirantes suelen invadir la vida del paciente y tienden a ser extrañas e incoherentes, mientras que en el trastorno delirante se construyen como un sistema con coherencia interna bien ancladas en la realidad del individuo (Jarné, Talarn, Armayones, Horta y Requena, 2011).

Los trastornos psicóticos y el autismo han estado históricamente considerados como entidades diagnósticas relacionadas, y si bien la DSM los ha diferenciado claramente, los límites entre los dos trastornos continúan debatiéndose; véase, por ejemplo, González y Fernández (2009), donde se comenta el caso de la problemática de diagnóstico de un niño de trece años que aparentemente puede tratarse de un trastorno de Asperger, que podría confundirse, dada la sintomatología, con un trastorno del espectro esquizofrénico. La presencia de rasgos autistas en la niñez temprana incrementa el riesgo de presentar experiencias psicóticas y esquizofrenia en la adolescencia y en la edad adulta. Además, se ha observado que una proporción significativa de adultos con esquizofrenia también cumplían criterios de autismo en la niñez. Se ha planteado la existencia de un subgrupo del espectro del autismo denominado «trastorno del desarrollo múltiple y complejo», que incluye dificultades interpersonales, una modulación alterada de la angustia y peculiaridades en el razonamiento y en el lenguaje, tales como pensamiento mágico, ideas bizarras, neologismos, perplejidad, etc. (Kyriakopoulos et al., 2014). Pero hemos de señalar diferencias importantes entre ambos trastornos. Como señala Paula-Pérez (2012), las personas con autismo pueden mostrar una actitud sospechosa o de desconfianza hacia los demás o un pobre juicio social que puede confundirse con el paranoidismo de los pacientes con psicosis, pero en los niños con autismo esta desconfianza aparece como consecuencia de sus déficits en el procesamiento de la información, que provocan alteraciones en la percepción del mundo social y, además, no suelen tener problemas para evaluar lo que es real o no; sin embargo, las dificultades para elaborar juicios sociales, la hipomentalización y los intereses y actividades restringidos, y a los que se dedican de manera obsesiva, en definitiva, pueden parecer paranoides sin serlo. Así pues, como señala la autora, es preferible realizar un diagnóstico diferencial entre espectro esquizofrénico y espectro autista basándonos en la presencia o no de síntomas positivos, dado que las similitudes entre algunas manifestaciones clínicas de los TEA y los síntomas negativos de la esquizofrenia pueden provocar que personas con TEA puntúen de manera significativa en relación con dichos síntomas negativos. Por último, también señala que los síntomas clave para el diagnóstico diferencial del espectro autista, y que en raras ocasiones se manifiestan en el espectro esquizofrénico, son los patrones repetitivos y estereotipados de comportamiento, las resistencias al cambio, los problemas de integración sensorial y las alteraciones de la

comunicación no verbal. En la tabla 11.6 señalamos las diferencias más importantes entre esquizofrenia y autismo infantil.

TABLA 11.6
Diferencias entre autismo y esquizofrenia infantil (modificado de González et al., 1998)

Autismo infantil	Esquizofrenia infantil
— Inicio temprano (antes de los 30 meses).	— Inicio de los síntomas más tardío.
— Inicio sin período previo de desarrollo normal.	— Período de desarrollo normal antes de aparecer los síntomas.
— Curso crónico.	— Curso evolutivo episódico con remisiones y recrudecimientos.
— Menor presencia de antecedentes familiares de enfermedad mental.	— Historia familiar frecuente de enfermedad mental.
— Desarrollo motor normal.	— Rendimiento motor deficiente.
— Buena salud física.	— Pobre salud física.
— CI más bajo.	— CI más alto.
— No hay presencia de alucinaciones y/o delirios.	— Presencia de alucinaciones y/o delirios.
— Patrones repetitivos y estereotipados del comportamiento.	— Comportamiento desorganizado o catatónico.
— Alteraciones importantes de la comunicación.	— Deterioro del lenguaje (consecuencia del trastorno de pensamiento).
— Problemas de integración sensorial.	

Para finalizar este apartado señalamos también la posible comorbilidad de los trastornos psicóticos con el autismo, aspecto que en muchas ocasiones complica el diagnóstico y hace más difícil el abordaje terapéutico. En concreto, Tobías-Imbernón et al. (2014) informan de un caso de un niño de ocho años que presenta *folie à deux* (trastorno psicótico compartido), junto con trastorno del espectro del autismo de alto funcionamiento. Recordemos que la *folie à deux* es una entidad psiquiátrica caracterizada por la transferencia de ideas delirantes y/o conductas extrañas de una persona a otra, la cual ha mantenido una relación estrecha e íntima con el paciente afectado originalmente, que en el caso que se presenta le corresponde a la madre. Los autores señalan que no hay espacio para el desarrollo de habilidades de autonomía en el niño, el cual hace propia la percepción del mundo transmitida por la madre como algo peligroso, en el que las personas tienen malas intenciones. Este hecho constituye la clave que predispone al trastorno psicótico compartido: la interrupción del proceso de separación-individuación.

2.3. Criterios del DSM-5

En el actual sistema de clasificación DSM-5 (APA, 2014), la esquizofrenia se incluye en el apartado de «Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos» (véase criterios diagnósticos en tabla 11.7). Se señala una pequeña especificación relativa a la aparición del trastorno en la población infantil. Así, se destaca que en los niños las alucinaciones y los delirios pueden ser menos elaborados que en los adultos, y especialmente las alucinaciones visuales son más frecuentes y, tal como hemos comentado anteriormente, deben distinguirse de los juegos de fantasía normales. Igualmente se señala que el discurso desorganizado aparece,

por ejemplo, en trastornos del espectro autista, y que el comportamiento desorganizado se observa, por ejemplo, en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, debiendo ser muy cautelosos a la hora de establecer un diagnóstico de esquizofrenia. Los casos de inicio en la infancia tienden a parecerse a los casos de los adultos con mal pronóstico, con un inicio gradual y predominio de síntomas negativos. Se plantea que los niños que son diagnosticados de esquizofrenia tienen más probabilidades de haber presentado psicopatología y trastornos emocionales y conductuales inespecíficos, alteraciones conductuales y del lenguaje y algunos retrasos motores.

TABLA 11.7
Criterios diagnósticos de esquizofrenia según el DSM-5

Esquizofrenia

A) Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1) (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (por ejemplo, disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B) Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

C) Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa), y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (por ejemplo, creencias extrañas o experiencias perceptivas inhabituales).

D) Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas, porque: 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

E) El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga o medicamento) o a otra afección médica.

F) Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

3. TRATAMIENTO

Como hemos señalado, la aparición temprana de psicosis se asocia con una mayor probabilidad de presentar trastornos en el neurodesarrollo y trastornos de personalidad, así como con intentos de suicidio y abuso de sustancias. Además, la psicosis no tratada en

individuos con esquizofrenia de aparición temprana (antes de 18 años) del primer episodio de psicosis se relaciona con menores tasas de remisión en un seguimiento a dos años evaluada con la PANSS (Fraguas et al., 2014). Es por ello que es muy importante el manejo y tratamiento temprano en la población infanto-juvenil. Uno de los tratamientos indicados es el farmacológico, por medio del uso de antipsicóticos, los cuales no deben ser utilizados cuando el objetivo sea disminuir el riesgo de psicosis o si los síntomas no son suficientes para establecer un diagnóstico de psicosis o esquizofrenia (NICE, 2013). Todos los antipsicóticos bloquean el receptor de dopamina y así modulan los síntomas de psicosis, agresión y/o manía. Pero no están exentos de problemas; concretamente, los niños y adolescentes con trastornos del espectro de la esquizofrenia pueden ser más propensos a la resistencia al tratamiento y sensibles a los efectos adversos de los antipsicóticos en comparación con los adultos (Tiffin y Welsh, 2013). Se sabe que los antipsicóticos de primera generación están asociados a efectos extrapiramidales, y que los de segunda generación implican en numerosas ocasiones efectos metabólicos, como alteraciones en los lípidos (colesterol y triglicéridos) y aumento de peso. Se ha podido observar que la ganancia de peso está asociada con trastornos de la conducta alimentaria y depresión, así como con un aumento de morbilidad médica (diabetes, hipertensión arterial, etc.). Como antipsicóticos de tercera generación señalamos el aripriprazol, que se introdujo a mediados de los años noventa y parece tener un comportamiento más neutral con respecto a la ganancia de peso. Aunque existe poca experiencia con este fármaco, en la actualidad parece ser el tratamiento farmacológico de elección para la población pediátrica con esquizofrenia o trastorno bipolar (Ben, 2012). En una revisión de estudios se asocia con una reducción significativa tanto de los síntomas positivos como negativos evaluados mediante la PANSS, tiene una baja incidencia en la ganancia de peso y una menor elevación de la prolactina, pero a dosis elevadas puede provocar síntomas extrapiramidales y temblores (Doey, 2012). Podemos concluir que, tal como señalaban Kennedy, Kumar y Datta (2007), hasta el momento hay pocos datos que respalden el uso de un antipsicótico sobre otro en el tratamiento de la esquizofrenia con inicio en la niñez. Sobre lo que sí hay consenso es que el tratamiento debe iniciarse con un medicamento antipsicótico que haya sido evaluado en su eficacia y seguridad para esta población específica, debe administrarse en dosis adecuadas por lo menos durante seis semanas, y al cabo de este tiempo deben evaluarse tanto la reducción de los síntomas como la mejoría funcional del paciente. Si se observa una buena respuesta (reducción del puntaje de las escalas en 30 por 100 y mejoría funcional), el tratamiento deberá mantenerse durante al menos dos años (Ulloa et al., 2011).

Aunque con los fármacos se consiguen mejorías, se recomiendan combinarlo con intervención psicológica para aumentar la eficacia tanto en el caso del primer episodio de psicosis como en la recurrencia (NICE, 2013), así como llevar a cabo lo que algunos autores denominan «intervenciones psicológicas de bajo riesgo» (Schimmelmann et al., 2013), ya sea centradas en terapia cognitivo-conductual, intervención familiar, entrenamiento en habilidades sociales, fomento de un estilo de vida saludable o reducción del estrés, entre otras. También

se ha observado que la psicoeducación familiar grupal, por ejemplo, es más eficaz en la prevención de recaídas que el tratamiento individual o la medicación (McFarlane et al., 1995; McFarlane, 2011). Aunque todavía falta evidencia específica, los jóvenes afectados de psicosis son susceptibles de beneficiarse de las intervenciones psicosociales. Éstas han demostrado ser eficaces en adultos, aunque deben tenerse en cuenta algunas diferencias y adaptar los diversos enfoques a esta población (Tiffin y Welsh, 2013). Asi, Browning et al. (2013), en un estudio llevado a cabo con adolescentes de 12 a 18 años, señaló que aunque los resultados de su investigación no alcanzaron la significación en cuanto a la reducción de síntomas, el tamaño del efecto mostró un impacto prometedor de la estrategia cognitivo-conductual frente a otros cuidados estándar, como la atención de enfermería, la medicación, etc. (d = 0,60) y un tamaño más pequeño para la intervención familiar (d = 0,1). Como objetivos principales en las distintas aproximaciones terapéuticas, podemos agruparlos distinguiendo la intervención individual, la familiar y la grupal (Ulloa et al., 2011):

— *Intervención individual:* reducir la vulnerabilidad y el estrés, optimizar las capacidades de adaptación y funcionamiento del paciente, y evitar el deterioro.
— *Intervención familiar:* construir alianzas con los familiares, potenciar la capacidad de la familia para anticipar y resolver problemas, reducir las expresiones de angustia y culpa, así como mantener expectativas realistas sobre el funcionamiento del paciente.
— *Intervención grupal:* mejorar la adhesión al tratamiento, potenciar la resolución de problemas, favorecer interacciones sociales y prevenir recaídas.

Por otra parte, es conocida la eficacia de los programas psicoeducativos en población adulta con esquizofrenia en cuanto a la reducción de la probabilidad de recaídas, número de hospitalizaciones y severidad de los síntomas (Pitschel-Walz, Leucht, Bauml, Kissling y Engel, 2001), y normalmente se incluye dentro de un paquete terapéutico. Hemos de citar el proyecto «Trialog», en Alemania (Hemmerle et al., 2010, citado en Ulloa et al., 2011), que incluye psicoeducación y brinda herramientas para la competencia social y el autocuidado, además de un proceso de rehabilitación cognitiva para adolescentes con esquizofrenia. Sus resultados a dos años muestran que los pacientes tuvieron una menor intensidad de los síntomas, mejoraron en su funcionamiento social y en la cognición. Específicamente en nuestro país, en la sección de psiquiatría del niño y del adolescente del Departamento de Psiquiatría del Hospital General Gregorio Marañón de Madrid se está llevando a cabo un programa completo denominado PIENSA (Programa de Intervención en Psicosis Adolescente), cuyo objetivo es mejorar la evolución y adaptación psicosocial de los adolescentes que han experimentado un primer episodio psicótico, así como promover en los familiares una mejor comprensión y manejo de la enfermedad. Se trata de un programa psicoeducativo que incluye sesiones individuales para adolescentes con primer episodio psicótico y sus familiares. Está basado en la propuesta de William McFarlane y se realiza con los adolescentes de 14 a 19 años y sus familiares de forma paralela, con distintos terapeutas, aunque en el mismo horario, y consta de

tres sesiones individuales y doce sesiones grupales de frecuencia quincenal, y una duración total de nueve meses. Se trabaja con material similar para padres y para los pacientes, a excepción del manejo de crisis, que sólo se trabaja con los familiares (véase tabla 11.8).

TABLA 11.8
Material utilizado en las sesiones del programa PIENSA

Materiales de trabajo con padres e hijos
1. Qué es la psicosis.
2. Síntomas psicóticos.
3. Tratamiento.
4. Efectos secundarios.
5. Consumo de tóxicos.
6. Identificación de pródromos y prevención de recaídas.
7. Estrés y su papel en el empeoramiento de los síntomas.
8. Factores protectores de la psicosis.
9. Importancia de la comunicación en la família.
10. Características propias de la adolescencia.
11. Manejo de crisis.

Las sesiones en formato grupal incluyen estrategias de solución de problemas, información sobre la psicosis para mitigar las crisis, así como sobre dificultades de la vida diaria asociadas a la enfermedad, y también incluye la prevención de recaídas. Se han llevado a cabo diversos estudios sobre el programa. Así, Calvo et al. (2014) informan sobre una mejora pronunciada en la disminución de síntomas negativos, así como la disminución de las dosis de los antipsicóticos y la reducción en el número de visitas a urgencias.

Otras intervenciones más novedosas introducen el uso de ordenadores como una herramienta de desarrollo. Así, Daley et al. (2005) llevaron a cabo un estudio con un niño de 15 años diagnosticado de una enfermedad neurológica y de psicosis refractaria (resistente) que, mediante el uso del chat (con el que conoció a un amigo), creó un juego sobre mascotas virtuales, así como una página web para su psiquiatra. Estas actividades, junto con la administración de clozapina (cuya dosis fue disminuyendo progresivamente), hicieron que el niño fuera capaz de ignorar las «voces» o incluso de eliminarlas de su mente, afirmando que era como si viviera en un mundo más seguro. El ordenador, por tanto, fue de ayuda para fomentar una alianza terapéutica, disminuyó la soledad y el aislamiento e incrementó un funcionamiento adaptativo a través de un juego y la creación de una página web.

Pero, sin duda, la intervención más prometedora es la llevada a cabo en las fases prodrómicas de la esquizofrenia, intervención que fue reconocida hace ya bastantes años de la mano de Sullivan en 1927 o de Meares en 1959 (citados en Yung et al., 1996), resaltando así la importancia de analizar los casos incipientes antes de que se perdiera el contacto con la realidad, e insistiendo en la necesidad de realizar un diagnóstico de esquizofrenia pre-psicótica más que el de esquizofrenia temprana. Basándose en el concepto de «estado mental

de alto riesgo» de Yung, se ha desarrollado también un programa de atención temprana en psicosis para usuarios de la unidad de salud mental del área sanitaria de Torrelavega-Reinosa (Cantabria) (Vallina et al., 2002). El protocolo utilizado está pensado para su desarrollo desde un servicio público de salud, y supone la aplicación integrada de diversos subprogramas a lo largo de un período de tres años:

— Programa de ITP para centros de atención primaria.
— Programa para el tratamiento farmacológico temprano.
— Programa psicoeducativo para pacientes y familiares e intervención familiar en primeros episodios.
— Programa de terapia cognitiva dirigida al ajuste y superación de la psicosis.
— Programa de terapia cognitiva para síntomas psicóticos positivos.

Recordemos que los programas ITP son paquetes integrados multimodales que incluyen el trabajo sobre la diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales, solución de problemas, etc.

4. CONCLUSIONES

La esquizofrenia es un trastorno muy incapacitante que ocurre básicamente a partir de los 17 años, siendo poco frecuente su aparición en edades muy tempranas. Sin embargo, su diagnóstico se está incrementando últimamente, abarcando un 0,5 por 100 en la población infanto-juvenil. Los trastornos del espectro de la esquizofrenia tienen grandes repercusiones tanto en las personas afectadas y su entorno familiar como en los costes económicos del sistema sanitario. Específicamente, cuando la esquizofrenia aparece en las primeras etapas de la vida bloquea el desarrollo general del niño. Los primeros signos pueden incluir problemas de desarrollo, tales como retraso del lenguaje, de tipo motor o trastornos cognitivos, por ejemplo, que pueden dificultar el diagnóstico diferencial. Todo ello ha contribuido al aumento de las investigaciones en este ámbito, no sólo sobre la etiología y desarrollo, sino también en cuanto a los instrumentos de evaluación y la eficacia de los distintos tratamientos planteados. Así, aunque existen diversos modelos de explicación del trastorno, en la actualidad se concibe la esquizofrenia como un trastorno multicausal, caracterizado por distintas manifestaciones y cursos de desarrollo, si bien la hipótesis del neurodesarrollo está teniendo cada vez más adeptos. Se necesita llevar a cabo una evaluación integral que incluya tanto el análisis de los síntomas subclínicos como de los síntomas típicos de la esquizofrenia. Respecto al tratamiento, no existe un único método terapéutico aplicable a estas personas, sino que hoy día se recomienda un abordaje multidisciplinar complementario, basado en el uso de neurolépticos y tratamiento psicológico eficaz. El uso de fármacos en esta población ha de ser supervisado muy cuidadosamente, por los efectos secundarios que conlleva. Concretamente, cuando se trabaja con niños y jóvenes con psicosis o esquizofrenia el objetivo debe ser

fomentar la autonomía y la promoción de la participación activa en las decisiones de tratamiento, así como fomentar la madurez emocional y capacidad cognitiva y mantener la continuidad de las relaciones terapéuticas individuales, siempre que sea posible.

5. CASO CLÍNICO

Motivo de consulta

Encarna tiene en la actualidad 14 años y es la hija única de una pareja. Durante el embarazo su madre presentó amenaza de parto prematuro, el parto se realizó mediante fórceps y pesó 3,400 kilos. La madre es un poco sobreprotectora y el padre es más normativo.

Cuando Encarna tenía dos años los padres solicitaron una consulta psicológica, ya que mostraba problemas conductuales importantes. Se diagnosticaron problemas de conducta, junto con trastorno de comunicación y retraso del desarrollo. Dos años más tarde se fueron a vivir a Torrelavega, ciudad natal de la madre. Los padres pensaron que, al estar rodeada de la familia materna, Encarna se sentiría más acogida, pero el cambio de ciudad supuso un elemento estresante importante para ella y empezó a presentar síntomas importantes de ansiedad y un agravamiento de los problemas de conducta, por lo que recibió tratamiento psicológico y los padres fueron instruidos en técnicas de modificación de conducta. Desgraciadamente el padre se quedó en el paro y esto supuso problemas económicos importantes, por lo que se fueron a vivir al extranjero, ya que allí tenía más posibilidades de encontrar trabajo. La situación familiar se complicó, pues la madre fue diagnosticada de depresión y el padre trabajaba todo el día, por lo que el cuidado de Encarna se resintió y volvieron a vivir en España. Durante unos años los síntomas de Encarna se suavizaron, pero hace algo más de seis meses que presenta síntomas importantes.

Dice que puede controlar el comportamiento de otras personas a través de su concentración y su mirada, y que los demás son capaces de leer su mente. Cree también que todo lo que hace es grabado por una cámara de televisión y que alguien graba vídeos de ella para luego venderlos. Está convencida de que la miran y la siguen, y, además, las voces le dicen continuamente que va a morir pronto porque es culpable de que otras personas roben y maten. Las relaciones interpersonales están muy afectadas, ya que sólo se relaciona con una amiga del colegio.

Diagnóstico: Esquizofrenia

Los síntomas predominantes son:

— Alucinaciones auditivas (voces).
— Delirios: lectura del pensamiento, delirio de control, delirio de referencia, ideas de perjuicio.

— Nivel de funcionamiento alterado (pobres relaciones interpersonales).

Es importante establecer el diagnóstico diferencial con el trastorno esquizoafectivo o trastorno depresivo o bipolar con síntomas psicóticos (no hay episodio mayor del estado de ánimo), con trastorno esquizotípico de la personalidad (aunque presenta deficiencias sociales no cumple el resto de criterios, y sí el de esquizofrenia) y con trastorno delirante (se cumple el criterio A de Esquizofrenia).

Evaluación

Se recomienda el uso de una entrevista diagnóstica como la K-SADS-PL y comprobar los criterios del DSM-5. También es necesario llevar a cabo una evaluación más precisa, administrando un instrumento que haya mostrado su eficacia, como por ejemplo el ESQUIZO-Q, incidiendo en este caso clínico en la dimensión de distorsión de la realidad, que seguramente mostrará las puntuaciones más destacadas.

Tratamiento recomendado

— Psicoeducación dirigida a Encarna: se centrará en la explicación del trastorno, de las opciones de tratamiento, del entrenamiento en habilidades sociales, etc. Psicoeducación dirigida a la familia: incrementar la comprensión de la enfermedad, opciones terapéuticas, pronóstico y estrategias de afrontamiento ante la sintomatología de Encarna.
— Terapia cognitivo-conductual centrada en la reducción de la vulnerabilidad y manejo del estrés, incidiendo también en la prevención de recaídas y en la rehabilitación cognitiva para facilitar el funcionamiento escolar.
— Entrenamiento en habilidades sociales, a ser posible en formato grupal.
— Farmacológico: neurolépticos, básicamente atípicos.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN (Descargar o imprimir)

1. El diagnóstico de esquizofrenia en la infancia y adolescencia:

   a) Es menor cada día.
   b) Se está incrementando en los últimos años.
   c) No ha variado desde hace veinte años.

2. Señala la respuesta correcta:

   a) Siempre que encontremos alucinaciones en un niño debemos diagnosticar una

psicosis.

b) Los síntomas denominados subclínicos pueden derivar en una patología si se combinan con otros factores.
c) Hablamos de trastorno del pensamiento en la infancia cuando un niño presenta pérdida de asociaciones y pensamiento ilógico, independientemente de su edad.

3. El trastorno del espectro esquizofrénico de aparición temprana:

a) Tiene un curso crónico.
b) Es menos grave que el de aparición en edad adulta.
c) Ocurre siempre antes de los seis años.

4. Las alucinaciones más frecuentes en la etapa infanto-juvenil son:

a) Visuales.
b) Auditivas.
c) Corporales.

5. Los delirios en los niños:

a) Son más frecuentes que en los adultos.
b) Tienden a ser muy sistematizados.
c) Suelen ser de tipo persecutorio, de grandeza o de hipocondría.

Respuestas correctas

1	2	3	4	5
b)	*b*)	*a*)	*b*)	*c*)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

APA (American Psychiatric Association). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM-5. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Askenazy, F. L., Lestideau, K., Meynadier, A., Dor, E., Myquel, M. y Lecrubier, Y. (2007). Auditory hallucinations in pre-pubertal children. A one-year follow-up, preliminary findings. *European Child & Adolescent Psychiatry, 16*, 411-415. doi: 10.1007/s00787-006-0577-9.

Ballespí, S., Barrantes-Vidal, N. y Obiols, J. E. (1999). Precursores conductuales infantiles de los trastornos del espectro esquizofrénico: esquizofrenia y trastorno esquizotípico de la personalidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 4*(2), 123-146.

Ben, L. (2012). Antipsychotics in pediatric and adolescent patients: A review of comparative safety data. *Journal of Affective Disorders, 138*, S22-S30.

Bravo, M., Ribera, J., Rubio-Stipec, M., Canino, G., Shrout, P., Ramírez, R. et al. (2001). Test-Retest Reliability of the Spanish Version of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV). *Journal of Abnormal Child Psychology, 29*(5),

433-444.
Browning, S., Corrigall, R., Garety, P., Emsley, R. y Jolley, S. (2013). Psychological interventions for adolescent psychosis: A pilot controlled trial in routine care. *European Psychiatry, 28,* 423-426.
Calkins, M. E., Moore, T. M., Merikangas, K. R., Burstein, M., Satterthwaite, T. D., Bilker, W. B. et al. (2014). The psychosis spectrum in a young U. S. community sample: findings from the Philadelphia Neurodevelopmental Cohort. *World Psychiatry, 13*(3), 296-305.
Calvo, A., Moreno, M., Ruiz-Sancho, A., Rapado-Castro, M., Moreno, C., Sánchez-Gutierrez, T. y Mayoral, M. (2014). Intervention for Adolescents with early-onset psychosis and their families: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 53*(6), 688-696.
Caplan, R. (1994). Though disorder in childhood. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33,* 605-615.
COP (2014). Evaluación del cuestionario ESQUIZO-Q. Recuperado de http://www.cop.es/uploads/PDF/2014/ESQUIZO.pdf.
Costello, A. J., Edelbrock, C. S., Dulcan, M. K., Kalas, R. y Klaric, S. H. (1984). *Development and testing of the NIMH Diagnostic Interview for children in a clinic population. Final Report.* Rockville, MD: Center for Epidemiologic Studies, National Institute of Mental Health.
Cullen, A. E., Fisher, H. L., Roberts, R. E., Pariante, C. M. y Laurens, K. R. (2014). Daily stressors and negative life events in children at elevated risk of developing schizophrenia. *BJP, 204,* 354-360
Daley, M. L., Becker, D. F., Flaherty, L. T., Harper, G., King, R. A., Lester, P. et al. (2005). Case Study: The Internet as a Developmental Tool in an Adolescent Boy With Psychosis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry, 44*(2), 187-190.
De Loore, E., Gunther, N., Drukker, M., Feron, F., Sabbe, B., Dirk Deboutte, D. et al. (2011). Persistence and outcome of auditory hallucinations in adolescence: A longitudinal general population study of 1.800 individuals. *Schizophrenia Research, 127,* 252-256.
Doey, T. (2012). Aripiprazole in pediatric psychosis and bipolar disorder: A clinical review. *Journal of Affective Disorders, 138,* S15-S21.
Downs, J. M., Cullen, A. E., Barragan, M. y Laurens, K. R. (2013). Persisting psychotic-like experiences are associated with both externalising and internalising psychopathology in a longitudinal general population child cohort. *Schizophrenia Research, 144,* 99-104.
Eaton, W. W., Motensen, P. B., Herrman, H., Freeman, H., Bilker, W., Burgess, P. y Wooff, K. (1992). Long-term course of hospitalization for schizophrenia: Part I Risk for re-hospitalisation. *Schizophr Bull, 18,* 217-228.
Eggers, C., Bunk, D. y Krause, D. (2000). Schizophrenia with Onset Before the Age of Eleven: Clinical Characteristics of Onset and Course. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 30*(1), 29-38.
Escher, S., Romme, M., Buiks, A., Delespaul, P. y Van Os, J. (2002). Independent course of childhood auditory hallucinations: a sequential 3-year follow-up study. *The British Journal of Psychiatry. Supplement, 43,* S10-S18.
Ezpeleta, L., Granero, R. y de la Osa, N. (1999). Evaluación del deterioro en niños y adolescentes a través de la Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 1,* 18-26.
Fisher, H. L., Lereya, S. T., Thompson, A., Lewis, G., Zammit, S. y Wolke, D. (2014). Childhood Parasomnias and Psychotic Experiences at Age 12 Years in a United Kingdom Birth Cohort. *SLEEP, 37*(3), 475-482.
Fonseca-Pedrero, E., Muñiz, J., Lemos-Giráldez, S., Paino, M. y Villazón-García, U. (2010). ESQUIZO-Q *Cuestionario Oviedo para la evaluación de la esquizotipia*. Ediciones TEA.
Fonseca-Pedrero, E., Santarén-Rosell, M., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Sierra-Baigrie, S. y Muñiz, J. (2011). Síntomas psicóticos subclínicos en población general adolescente. *Actas Españolas de Psiquiatría, 39*(3), 155-162.
Fraguas, D., del Rey-Mejías, A., Moreno, C., Castro-Fornieles, J., Graell, M., Otero, S. et al. (2014). Duration of untreated psychosis predicts functional and clinical outcome in children and adolescents with first-episode psychosis: A 2-year longitudinal study. *Schizophrenia Research, 152,* 130-138.
Fresán, A., Apiquian, R., Ulloa, R. E. y Nicolini, H. (2007). Traducción al español y confiabilidad del Cuestionario de tamizaje para síntomas prodrómicos (PRIME Screen). *Actas Españolas de Psiquiatría, 35*(6), 368-371.
Fux, L., Walger, P., Schimmelmann, B. G. y Schultze-Lutter, F. (2013). The Schizophrenia Proneness Instrument, Child and Youth version (SPI-CY): practicability and discriminative validity. *Schizophrenia Research, 146*(1-3), 69-78. doi: 10.1016/j.schres.2013.02.014.
García, I., Fresán, A., Medina-Mora, M. E. y Ruiz, G. M. (2008). Impacto de la duración de la psicosis no tratada (DPNT) en el curso y pronóstico de la esquizofrenia. *Salud Mental, 31*(6), 479-485.
González, C. y Fernández, G. (2009). Síndrome de Asperger versus esquizofrenia de inicio en la infancia: diagnóstico diferencial. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente, 13,* 61-70.
González, R., Sifre, S., Benavides, G. y Calvo, A. J. (1998). Esquizofrenia infantil. En R. González (coord.). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Pirámide.

González-Pinto, A., Ruiz de Azúa, S., Ibáñez, B., Otero-Cuesta, S., Castro-Fornieles, J., Graell-Berna, M. et al. (2011). Can positive family factors be protective against the development of psychosis? *Psychiatry Research, 186,* 28-33.
Jarbin, H., Ott, Y. y von Knorring, A.-L. (2003). Adult Outcome of Social Function in Adolescent-Onset Schizophrenia and Affective Psychosis. *Journal of the American Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 42*(2), 176-183.
Jarné, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E. y Requena, E. (2011). *Psicopatología*. Barcelona: UOC.
Kanner, A. M. y Dunn, D. W. (2004). Diagnosis and Management of Depression and Psychosis in Children and Adolescents With Epilepsy. *Journal of Child Neurology, 19,* S65. doi: 10.1177/088307380 401900108.
Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Raq, U., Flynn, C., Moreci, P. et al. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data. *Journal of the American Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(7), 980-988.
Kaur, M., Marawar, R. y Ritaccioet, A. (2012). Postictal Psychosis in a 3-Year-Old Child. *Journal of Child Neurology, 27,* 1326-1330. doi: 10.1177/088307 3811432886.
Kay, S. R., Fiszbein, A. y Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 13,* 261-276.
Kennedy, E., Kumar, A. y Datta, S. S. (2007). Antipsychotic Medication for Childhood-Onset Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 33*(5), 1082-1083. doi:10.1093/schbul/sbm080.
Khalid, F. N., Ford, T. y Maughan, B. (2012). Aggressive behaviour and psychosis in a clinically referred child and adolescent simple. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47,* 1795-1806. doi: 10.1007/s00127-012-0480-2.
Klara, M. (2009). *Development of an Empirically Constructed Psychosis Proneness Scale on Personality Inventory for Children – Second Edition* (PIC-2). Tesis Doctoral. UMI Number: 3374255.
Kline, E., Wilson, C., Ereshefsky, S., Denenny, D., Thompson, E., Pitts, S. C. et al. (2012). Psychosis risk screening in youth: A validation study of three self-report measures of attenuated psychosis symptoms. *Schizophrenia Research, 141,* 72-77.
Kyriakopoulos, M., Stringaris, A., Manolesou, S., Radobuljac, M. D., Jacobs, B., Reichenberg, A. et al. (2014). Determination of psychosis-related clinical profiles in children with autism spectrum disorders using latent class analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry.* doi: 10.1007/s00787-014-0576-1.
Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Vaughn, C. y Sturgeon, D. (1983). Life events, relatives expressed emotion and maintenance neuroleptics in schizophrenic relapse. *Psychological Medicine, 13,* 799-806.
Loewy, R. L., Pearson, R., Vinogradov, S., Bearden, C. E. y Cannon, T. D. (2011). Psychosis risk screening with the prodromal questionnaire – brief version (PQ-B). *Schizophrenia Research, 129*(1), 42-46.
Martínez Azumendi, O. (2004). *Psiquiatría en la comunidad y neurolépticos de acción prolongada*. Bilbao: OME-AEN. Colección Prometeo. Recuperado de http://antigua.ome-aen.org/OMEDITORIAL/2004/Pdfs/LibroNAP.pdf.
McFarlane, W. R. (2011). Prevention of the First Episode of Psychosis. *Psychiatric Clinics of North America, 34*(1), 95-107. doi: 10.1016/j.psc.2010.11.012.
McFarlane, W. R., Lukens, E., Link, B., Dushay, R., Deakins, S., Newmark, M. y Toran, J. (1995). Multiple-Family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 52*(8), 679-687.
Mestre, V., Samper, P. , Nacher, M. J., Tur, A. y Cortés, M. T. (2006). Psychological processes and family variables as prosocial behavior predictors in a sample of Spanish adolescents. *Psychological Reports, 98,* 30-36.
Miller, T. J., Cicchetti, D., Markovich, P. J., McGlashan, T. H. y Woods, S. W. (2004). The SIPS screen: a brief self-report screen to detect the schizophrenia prodrome. *Schizophrenia Research, 70*(Suppl. 1), 78.
Miller, T. J., McQlashan, T. H., Rosen, J. L., Cadenhead, K., Ventura, J., McFarlane, W. y Perkins, D. O. (2003). Prodromal Assessment With the Structured Interview for Prodromal Syndromes and the Scale of Prodromal Symptoms. Predictive Validity, Interrater Reliability, and Training to Reliability. *Schizophrenia Bulletin, 29*(4), 703-715.
Nature Neuroscience. The Network and Pathway Analysis Subgroup of the Psychiatric Genomics Consortium (2015). Psychiatric genome-wide association study analyses implicate neuronal, immune and histone pathways. *Nature Neuroscience*. doi: 10.1038/nn.3922.
Navarro, F., Barcia, D. y van Os, J. (2000). *Hipótesis del neurodesarrollo y psicosis: implicaciones diagnósticas.* Comunicación presentada en: 1.er Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2000. Psiquiatria.com. Febrero de 2000. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/5648.
NICE (National Institute for Heath and Care Excellence (2013). *Psychosis and schizophrenia in children and young people. Recognition and management.* Guidance.nice.org.uk/cg155.
Obiols, J. E. y Barrantes-Vidal, N. (2014). *Signos de riesgo y detección precoz de psicosis.* Madrid: Síntesis.
Obiols, J. E. y Vicens-Vilanova, J. (2003). Etiología y signos de riesgo en la esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 3*(2), 235-250.
Ord, L., Myles-Worsley, M., Blailes, F. y Ngiralmau, H. (2004). Screening for prodromal adolescents in an isolated high-risk population. *Schizophrenia Research, 71*(2-3), 507-508.
Orellana, G., Slachevsky, A. y Silva, J. (2006). Modelos neurocognitivos en la esquizofrenia: Rol del córtex prefrontal. *Revista*

Chilena de Neuro-psiquiatría, 44(1), 39-47. Recuperado de http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v44n1/art05.pdf.
Otero, S., Moreno-Iniguez, M., Payá, B., Castro-Fornieles, J., Gonzalez-Pinto, A., Baeza, I. y Arango-López, C. (2011). Twelve-month follow-up of family communication and psychopathology in children and adolescents with a first psychotic episode (CAFEPS study). *Psychiatry Research, 185*, 72-77.
Overall, J. y Gorham, E. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports, 10*, 799-812.
Paula-Pérez, I. (2012). Diagnóstico diferencial entre el espectro autista y el espectro esquizofrénico. *Revista de Neurología, 54*(Supl. 1), S51-S62.
Peralta, V. y Cuesta, M. J. (1994). Psychometric properties of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Research, 53*, 31-40.
Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bauml, J., Kissling, W. y Engel, R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin, 27*, 73-92.
Preti, A., Cella, M. y Raballo, A. (2012). All that shines is not psychosis: a cautionary note on the assessment of psychotic symptoms in childhood and adolescence. *Psychological Medicine, 42*. doi: 10.1017/S0033291712001249.
Röpcke, B. y Eggers, C. (2005). Early-onset schizophrenia. A 15-year follow-up. *European Child & Adolescent, 14*, 341-350. doi: 10.1007/s00787-005-0483-6.
Schimmelmann, B. G., Walger, P. y Schultze-Lutter, F. (2013). The significance of at-risk symptoms for psychosis in children and adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry, 58*(1), 32-40.
Schultze-Lutter, F., Marshall, M. y Koch, E. (2012). *Schizophrenia Proneness Instrument, Child and Youth versión (SPI-CY)*. Extended English Translation. Roma: Giovanni Fioriti.
Serrano, M. G. y Flores, M. M. (2005). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud, 15*(2), 221-230.
Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H. y Aluwahlia, S. (1983). A Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry, 40*, 1228-1231.
Stefan, M. y Murray, R. M. (2002). Pathogenesis. En M. Stefan, M. Travis y R. M. Murray (eds.), *An Atlas of schizophrenia* (pp. 43-56). Partheon Publishing.
Thompson, E., Kline, E., Reeves, G., Pitts, S. C., Bussell, K. y Schiffman, J.(2014). Using parent and youth reports fromthe Behavior Assessment System for Children, Second Edition to identify individuals at clinical high-risk for psychosis. *Schizophrenia Research, 154*, 107-112.
Thompson, E., Kline, E., Reeves, G., Pitts, S. C. y Schiffman, J. (2013). Identifying youth at risk for psychosis using the Behavior Assessment System for Children, Second Edition. *Schizophrenia Research, 151*, 238-244.
Tiffin, P. A. y Welsh, P. (2013). Practitioner Review: Schizophrenia spectrum disorders and the at-risk mental state for psychosis in children and adolescents – evidence-based management approaches. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*(11), 1155-1175. doi: 10.1111/jcpp. 12136.
Tizón, J. L., Artigue, J., Parra, B., Sorribes, M., Ferrando, J., Pérez, C. et al. (2008). Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva? *Clínica y Salud, 19*(1), 27-58.
Tobías-Imbernón, C., Pineda-Murcia, S., Imbernón-Pardo, E., Ruiz-Riquelme, J., Ruíz-García, B., Giménez-Giménez, L. M. y González-Hidalgo, A. (2014). Comorbilidad entre folie à deux y trastorno del espectro del autismo de alto funcionamiento: a propósito de un caso. *Biological Psychiatry, 21*(3), 122-124.
Ulloa, R. E., Sauer, T. R y Apiquian, R. (2011). Evaluación y tratamiento de la esquizofrenia en niños y adolescentes: una revisión actualizada. *Salud Mental, 34*(5), 429-433.
Ulloa, R. E., Ortiz, S., Higuera, F., Nogales, I., Fresán, A., Apiquian, R. y de la Peña, F. (2006). Estudio de fiabilidad interevaluador de la versión en español de la entrevista Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age-Children, Present and Lifetime versión (K-SADS-PL). *Actas Españolas de Psiquiatría, 34*(1), 36-40.
Vallina, O, Alonso, A., Gutiérrez, A., Ortega, J. A., García, P., Fernández, P. y Lemos, S. (2002). Aplicación de un programa de intervención temprana en Psicosis. Un nuevo desarrollo para las unidades de salud mental. *Revista Norte de Salud Mental, 4*, 35-41.
Velthorst, E., Derks, E. M., Schothorst, P. , Becker, H., Durston, S., Ziermans, T. et al. (2013). Quantitative and qualitative symptomatic differences in individuals at Ultra-High Risk for psychosis and healthy controls. *Psychiatry Research, 210*, 432-437.
Willick, M. S. (2001). Psychoanalysis and schizophrenia: A cautionary tale. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 49*(1), 27-56.
Yung, A. R., McGorry, P. D., McFarlane, C. A., Jackson, H. J., Patton, G. C. y Rakkar, A. (1996). Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *FOCUS, II* (1), 158-174.
Yung, A. R., Yuen, H. P. , McGorry, P. D., Phillips, L. J., Kelly, D., Dell'Olio, M. et al. (2005). Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 39*(11-12), 964-971.

Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 86*, 103-126.

12

Trastorno del espectro del autismo y su tratamiento

JOSÉ-SIXTO OLIVAR PARRA
MYRIAM DE LA IGLESIA GUTIÉRREZ

OBJETIVOS DEL CAPÍTULO

En este capítulo acerca del trastorno del espectro autista (TEA) se pretenden lograr, entre otros, los siguientes objetivos: describir la conceptualización actual del TEA; establecer el diagnóstico clínico, según el DSM-5, y el diagnóstico diferencial; conocer la epidemiología y a qué edad se observan los primeros síntomas; cuáles son los indicadores precoces y señales de alerta; destacar las principales hipótesis explicativas sobre la etiología del trastorno; sintetizar los instrumentos y procedimientos de evaluación actualmente recomendados; resumir el perfil de habilidades y dificultades con el objeto de facilitar la intervención, y establecer los principios generales de intervención más relevantes y las intervenciones especializadas que se realizan en este ámbito.

1. INTRODUCCIÓN TEÓRICA

1.1. Breve repaso histórico

En la reciente historia de la psicopatología clínica infanto-juvenil hay dos insignes médicos que tienen una especial relevancia, por su contribución al estudio y al tratamiento de los comportamientos más alterados en la infancia y adolescencia: Leo Kanner y Hans Asperger.

Leo Kanner (1896-1981) emigró a los Estados Unidos en 1924 desde su Austria natal y publicó, en 1943, un artículo titulado «Trastornos autísticos del contacto afectivo» («*Autistic disturbances of affective contact*», Kanner, 1943), en el que describía el comportamiento de 11 niños (8 chicos y 3 chicas) al que denominó «autismo infantil precoz», y que presentaba como características nucleares: 1) dificultad para la interacción social recíproca, con una extremada soledad; 2) alteraciones del lenguaje y de la comunicación muy severas, y 3) una insistencia obsesiva en que nada cambie a su alrededor (invarianza). Bien es cierto que el término «autismo» lo utilizó mucho antes el psiquiatra Eugen Bleuler, en 1911, para referirse a uno de los síntomas de la esquizofrenia, el «retraimiento autístico».

Un año después de la publicación de Kanner, en 1944, otro médico austriaco, Hans Asperger (1906-1980), publica en alemán otro informe con el título «Psicopatía autística en la niñez» (*Die «Autistichen Psychopathen» im Kindesalter*, Asperger, 1944), en el que describe el comportamiento de 4 niños (de 6 a 11 años) cuya característica común es una marcada discapacidad para la interacción social, a pesar de que su capacidad cognitiva y verbal, aparentemente, estaba conservada.

Ambos médicos no tuvieron contacto alguno, y sus respectivos informes tuvieron una repercusión muy diferente. El de Kanner, publicado en inglés en Estados Unidos, tuvo una rápida expansión, mientras que el de Asperger, publicado en alemán y en la época en que Europa se encontraba en plena Segunda Guerra Mundial, no se conoció prácticamente hasta 1981, cuando una de las personas más influyentes en este campo, la psiquiatra Lorna Wing, realizó una revisión del artículo original de Asperger (Wing, 1981).

Esta revisión tuvo gran importancia para el conocimiento y la expansión del estudio de Asperger, pues, además, aportó muchos más casos similares a los descritos por éste, proponiendo la denominación de «Síndrome de Asperger» para identificar a este grupo de niños, señalando las posibles continuidades (visión del continuo o dimensión) entre el autismo y el Síndrome de Asperger. Ambos comparten básicamente los tres grandes grupos de dificultades (en mayor o menor grado): las alteraciones cualitativas en la interacción social recíproca, las alteraciones cualitativas en la comunicación y el lenguaje y el comportamiento,

y las actividades obsesivas y repetitivas (lo que se conoce con el nombre de «tríada de Wing»).

Ni que decir tiene que durante los años posteriores la conceptualización del autismo infantil pasó por la influencia del psicoanálisis y del conductismo bajo la etiqueta de «psicosis infantil», hasta que en la década de 1970 se empieza a investigar desde la perspectiva del desarrollo evolutivo típico, considerándolo como un trastorno del desarrollo, dando lugar a una etapa de investigación muy fructífera, tanto en el diagnóstico y la explicación de sus dificultades como en el tratamiento, especialmente desde el ámbito psicoeducativo.

Las clasificaciones internacionales (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* —DSM— y *Clasificación internacional de enfermedades* —CIE—) no fueron ajenas a esta nueva forma de entender el autismo, y así, en el DSM-III (APA, 1983) se sustituye el término psicosis infantil de su versión anterior por el de trastornos generalizados del desarrollo (TGD), traducción del término inglés *«Pervasive Developmental Disorder»*, y lo incluye dentro del apartado denominado «Trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia», haciendo lo mismo la CIE-10 (OMS, 1992). El subtipo principal de los TGD corresponde al Trastorno autista, reservando la etiqueta de trastornos generalizados del desarrollo no especificados para el resto de niños con características similares al autismo, pero que no cumplen con todos los criterios diagnósticos. Posteriormente, el DSM-IV (APA, 1995) establece como categorías diagnósticas de los TGD: el trastorno autista, el trastorno de Rett, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado, siempre sobre la base de los tres tipos de alteraciones nucleares (tríada de Wing).

El concepto de TGD, vigente hasta el DSM-IV-TR (APA, 2002), ha sido ampliamente criticado por las limitaciones propias de las definiciones categoriales (categorías cerradas y separadas unas de otras), generándose importantes controversias en su delimitación y clasificación (Belinchón y Olivar, 2003). Por un lado, y desde el ámbito clínico, se siguen utilizando las clasificaciones categoriales basadas en la descripción de signos y síntomas; y por otro, desde el ámbito psicológico, empiezan a surgir las clasificaciones empíricas, que se basan en los procesos y estructuras psicológicas alteradas, desde una perspectiva dimensional, dando lugar al concepto de «espectro» o «continuo autista» (DSM-5, APA, 2014).

1.2. La nueva conceptualización del TEA

En la actualidad, el trastorno del espectro autista (TEA) se define como un trastorno del neurodesarrollo en el que están presentes alteraciones persistentes en la comunicación e interacción social, junto con patrones de comportamiento, intereses o actividades restrictivas o repetitivas que se presentan desde la primera infancia.

Como hemos visto en el apartado anterior, la conceptualización del autismo ha ido

evolucionando desde una concepción categorial, bajo la denominación de TGD, a una concepción dimensional, con el término de TEA. La terminología de «espectro» se adopta con el objeto de resaltar la noción de un «continuo» (no una categoría), en el que se altera cualitativamente un conjunto de capacidades sociales, comunicativas y simbólicas. Estos cambios vienen avalados por numerosos estudios de investigación, no siempre exentos de controversia (Wakefield, 2013), que han contribuido a la nueva conceptualización del DSM-5 (APA, 2014), entre otros: Barton, Jashar, Brennan y Fein (2013), Gibbs, Aldridge, Chandler, Witzlsperger y Smith (2012), Greaves-Lord et al. (2013), Grzadzinski, Huerta y Lord (2013), Matson, Belva, Horovitz, Kozlowski y Bamburg (2012), Mazefsky, McPartland, Gastgeb y Minshew (2013), Taheri y Perry (2012) y Wilson et al. (2013).

Las investigaciones previas han generado el cambio cualitativo en la conceptualización del TEA que se ha incorporado al DSM-5 (APA, 2013), y que presenta novedades importantes (Lauritsen, 2013) con respecto a su predecesor, el DSM-IV-TR (APA, 2002). Como ya hemos señalado, la primera de ellas es la denominación de TEA en lugar de TGD. La segunda es que las deficiencias sociales y comunicativas se fusionan, pasando a ser uno de los criterios diagnósticos nucleares, junto con el comportamiento, intereses o actividades restrictivas o repetitivas. La tercera es que los retrasos en el lenguaje se consideran un factor que influye en los síntomas clínicos, pero no forman parte del diagnóstico, sino que se incluyen como un especificador para el pronóstico, dado que los problemas de lenguaje no son únicos ni universales en los TEA. Lo mismo ocurre con el funcionamiento intelectual, ya que la variabilidad de niveles intelectuales es muy amplia en todo el espectro.

1.3. Criterios diagnósticos del TEA

Los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013) para el TEA también presentan algunas novedades con respecto a la versión anterior (véase tabla 12.1). Tanto en el criterio del déficit en la comunicación e interacción social, como en el de los patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, se incorpora un especificador sobre la gravedad actual del trastorno. El tercer criterio establece que los síntomas han de estar presentes desde los primeros momentos del desarrollo, pero que puede que no se manifiesten hasta que las demandas sociales no superen las capacidades que tiene el niño para afrontarlas. El cuarto es un criterio de diagnóstico diferencial con respecto a la discapacidad intelectual. Finalmente hay que especificar si está asociado algún déficit del lenguaje, intelectual, alguna afección médica o trastorno asociado.

TABLA 12.1
Criterios diagnósticos para el trastorno del espectro autista según el DSM-5 (APA, 2014, pp. 50-51)

A) Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos, pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada, pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

Especificar la gravedad actual:
La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos (véase la tabla 12.2).

B) Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (por ejemplo, estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas, etc.).
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (por ejemplo, gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
3. Intereses muy restringidos y fijos, que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (por ejemplo, fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
4. Hiper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (por ejemplo, indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento, etc.).

Especificar la gravedad actual:
La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos (véase tabla 12.2).

C) Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D) Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

E) Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Nota: A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro del autismo, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática).

Especificar si:

Con o sin déficit intelectual acompañante.
Con o sin deterioro del lenguaje acompañante.
Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocido (Nota de codificación: Utilizar un código adicional para identificar la afección médica o genética asociada.)
Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento (Nota de codificación: Utilizar uno/varios código(s) adicional(es) para identificar el/los trastorno(s) del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento asociado(s)).

Con catatonía (véanse los criterios de catatonía asociados a otro trastorno mental; para la definición, véanse las pp. 65-66). (**Nota de codificación:** Utilizar el código adicional 293.89. [F06.1] catatonía asociada a trastorno del espectro del autismo para indicar la presencia de la catatonía concurrente).

A pesar de los intentos por mejorar la especificidad de los criterios diagnósticos, en esta nueva versión los síntomas o conductas alteradas no están ordenados de forma evolutiva. Esto lo han tratado de solventar con la incorporación de los tres niveles de gravedad del TEA que se presentan en una tabla separada (véase tabla 12.2). La elaboración de estos niveles se ha realizado desde un punto de vista cuantitativo (frecuencia, intensidad y duración), de modo similar al que se utiliza para diferenciar los niveles de afectación del trastorno de discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual; APA, 2014). Hoy sabemos que el funcionamiento individual de una persona no sólo depende de sus características intrínsecas, sino de los apoyos que reciba del entorno en el que se desenvuelve, diferenciando lo que es deficiencia (alteración o patología) de lo que es discapacidad (rendimiento de la persona). Así, se establece el nivel o Grado 3 «Necesita ayuda muy notable» para aquellas personas con niveles de funcionamiento cognitivo bajo, o con discapacidad intelectual asociada y cuyas deficiencias son muy notables en ambos grupos de alteraciones, es decir, con lo que se ha venido denominando «autismo clásico» o «autismo de Kanner». El Grado 2 «Necesita ayuda notable» para las personas con niveles medios de funcionamiento cognitivo y con apoyos todavía importantes, y el Grado 1 «Necesita ayuda», que se reserva para aquellas personas con niveles más altos de funcionamiento cognoscitivo y con menores necesidades de apoyo para sus características de comunicación social y de comportamiento, es decir, lo que se ha venido denominando «autismo de alto funcionamiento» y/o «síndrome de Asperger».

TABLA 12.2
Niveles de gravedad del trastorno del espectro autista según el DSM-5 (APA, 2013, p. 52)

Nivel de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3: «Necesita ayuda muy notable»	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles, que raramente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inhabituales sólo para cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas.	La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 2: «Necesita ayuda notable»	Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda *in situ;* inicio limitado de interacciones sociales, y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica.	La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos aparecen con frecuencia claramente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos.

		Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 1: «Necesita ayuda»	Sin ayuda *in situ*, las deficiencias de la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece comunicación, pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente sin éxito.	La inflexibilidad del pensamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.

Evidentemente, ésta es una división arbitraria, puesto que si se habla de continuo, no se entiende muy bien que luego se establezcan tres niveles, pero evidentemente es un avance con respecto a la visión categorial del DSM-IV-TR (APA, 2002). Por otra parte, la diferencia entre los tres niveles es muy difícil de concretar en conductas anómalas o alteradas que se puedan identificar de cara a la especificación de los tres niveles. Es uno de los apartados con menor consenso de la nueva conceptualización.

Así pues, el cuadro clínico del TEA no es uniforme, y su presentación oscila en un espectro de mayor a menor afectación, pudiendo variar con el tiempo y verse influido por factores como el grado de capacidad intelectual o el acceso a apoyos especializados.

Estos niveles vendrían a coincidir con lo que se ha venido denominando TEA de nivel bajo, medio y alto de funcionamiento cognoscitivo (véase figura 12.1). En este punto conviene señalar que la desaparición del denominado «Trastorno de Asperger» en la nueva versión (que quedaría englobado en el Grado 1 «necesita ayuda»), está generando una importante polémica tanto a nivel de investigación clínica y epidemiológica (Tsai, 2013) como a nivel social (asociaciones de familiares y profesionales), dada la aceptación que este término ha tenido hasta el momento actual.

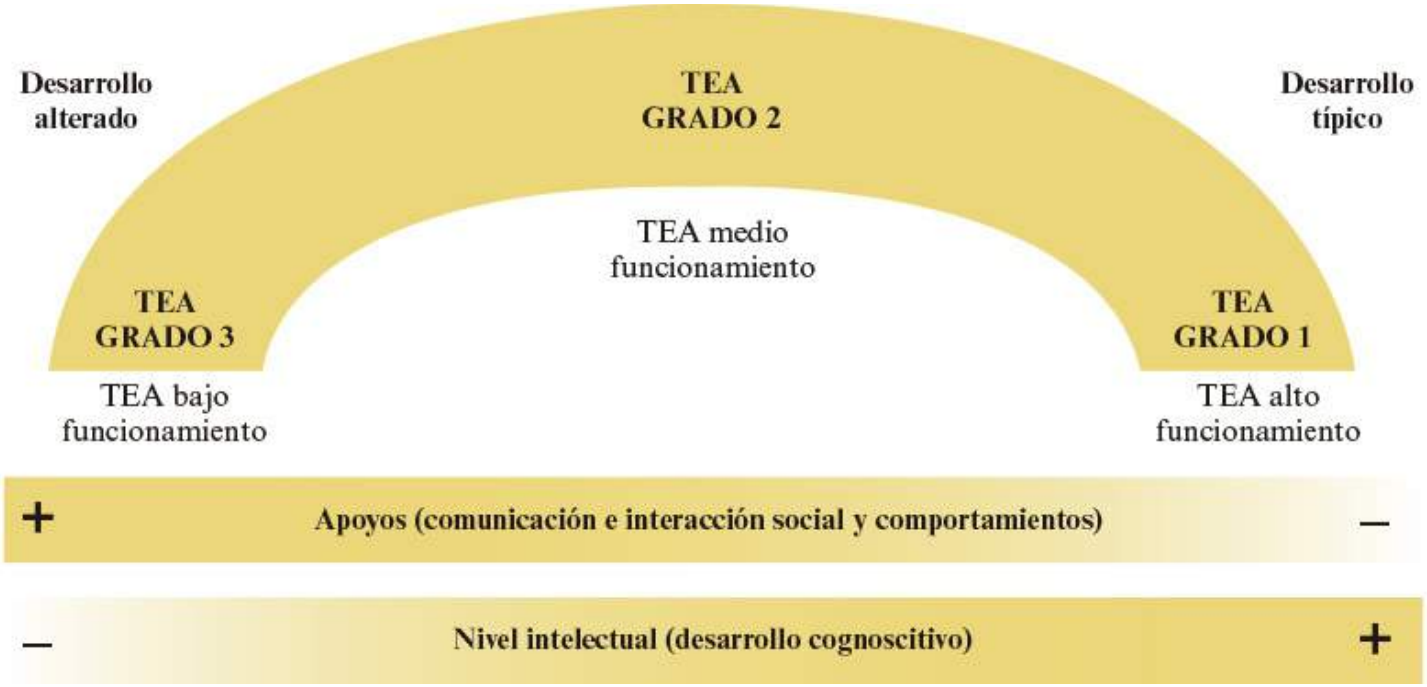


Figura 12.1.—Conceptualización del TEA como continuo o dimensión.

2. DESARROLLO EVOLUTIVO Y ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

2.1. Desarrollo típico, desarrollo alterado y señales de alerta

En la figura 12.2 se observa el patrón de desarrollo típico, con los hitos evolutivos de desarrollo en el eje de abscisas. En el eje de ordenadas se representa la aparición cronológica de sintomatología de tipo TEA, así como las señales de alerta (Filipek et al., 1999; Hernández et al., 2005; Rivière, 2000; Sigman y Capps, 2000) en los dos núcleos sintomatológicos del DSM-5 (área de comunicación e interacción social y área de conductas, actividades e intereses). Como puede apreciarse, el desarrollo atípico (línea gris) va separándose del esperable conforme avanza la edad cronológica. Esta desviación puede minimizarse con la intervención, que tomará como punto de referencia el desarrollo típico.

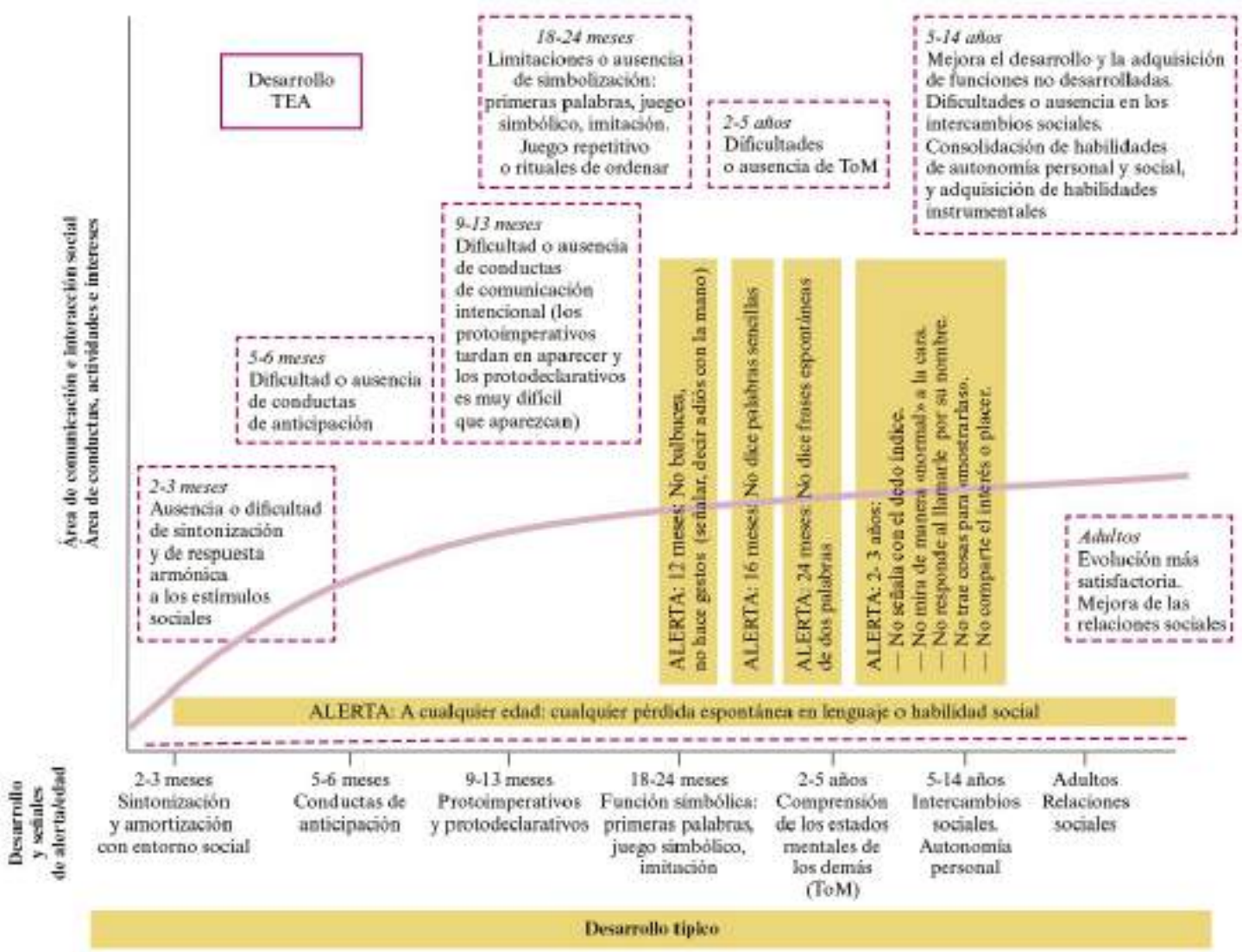


Figura 12.2.—Desarrollo típico, desarrollo alterado y señales de alerta en la persona con TEA.

Como puede verse en la figura 12.2, a diferencia del desarrollo típico esperable (representado en el eje de abscisas), los niños con TEA (en el eje de ordenadas) a los 2-3 meses suelen carecer o mostrar dificultades de sintonización con otras personas, así como dificultad o ausencia de respuesta armónica a estímulos sociales. A los 5-6 meses destaca su dificultad o la ausencia de conductas de anticipación. En el período de 9 a 13 meses suelen mostrar dificultad o ausencia de conductas de comunicación intencional: los protoimperativos tardan en aparecer, pero aparecen, mientras que es muy difícil que aparezcan los protodeclarativos. Desde los 18 a los 24 meses destaca su limitada o ausente capacidad de simbolización, lo que redunda en un retraso o ausencia de las primeras palabras, juego simbólico e imitación. Suelen aparecer (o perpetuarse) los juegos repetitivos o rituales de ordenar, y llama la atención la ausencia de juego «con» otros niños. Entre los 2 y los 5 años muestran dificultades o ausencia de comprensión de los estados mentales de los demás (Teoría de la mente). En la primera infancia y adolescencia (5-14 años), coincidiendo con el inicio de

escolarización, suelen mostrar una mejora evolutiva y la adquisición de funciones no desarrolladas. Sin embargo, continúan las dificultades en los intercambios sociales. En este período suele observarse una consolidación de funciones y conductas (por ejemplo, habilidades de autonomía personal y social, y adquisición de habilidades instrumentales). En la adultez, las personas con TEA en general muestran una evolución más satisfactoria. Además, suelen mejorar sus relaciones sociales.

Se trata de un colectivo de personas con una gran heterogeneidad como grupo, pero en general se consideran señales de alerta para la detección del TEA las siguientes (Filipek et al., 1999): no balbucea, no hace gestos (señalar, decir adiós con la mano) a los 12 meses; no dice palabras sencillas a los 16 meses; no dice frases espontáneas de dos palabras (no ecolálicas) a los 24 meses, así como cualquier pérdida en lenguaje o habilidad social a cualquier edad.

2.2. Epidemiología, prevalencia y distribución por sexos

Actualmente se considera que el 1 por 100 de la población presenta TEA, según el DSM-5 (APA, 2013). Parece evidente que ha habido un aumento en el número de casos diagnosticados de TEA, considerando tasas mundiales de 60 a 70 por 10.000 (Fombonne, 2009), o de 1 de cada 88 niños (Centers for Disease Control and Prevention —CDC—, 2012).

No sabemos con exactitud si este aumento es debido a una mayor incidencia de este trastorno, a cambios ambientales, o a procesos de evaluación, selección y diagnóstico más precisos. Los factores que más explican los actuales datos de incidencia y prevalencia son: los cambios en los criterios diagnósticos, el perfeccionamiento en los instrumentos diagnósticos y el aumento de la concienciación y reconocimiento de los desórdenes del espectro autista.

Los datos de los estudios epidemiológicos son coincidentes en cuanto a la mayor presencia de niños que de niñas (4:1), si bien en las niñas el grado de afectación es mayor. También es importante destacar que se encuentran estas proporciones en todas las clases sociales, grupos étnicos y en las distintas culturas estudiadas (Davidovitch, Hemo, Manning-Courtney y Fombonne, 2013; Samadi, Mahmoodizadeh y McConkey, 2012).

Los datos sobre la presencia marcadamente creciente de personas con TEA reafirman la necesidad de incrementar la detección precoz y el diagnóstico, con el fin de que todas ellas puedan beneficiarse de las posibilidades que les brinda una adecuada intervención temprana. En la actualidad, las ventajas de un diagnóstico precoz del autismo son muchas, e incluyen tratamiento y planificación educativa tempranas, proporcionando el asesoramiento y los apoyos necesarios tanto al niño como a su familia desde edades muy tempranas, reduciendo considerablemente el estrés y la angustia familiar. La presión a favor de la identificación temprana proviene de la evidencia reunida durante los últimos años de que una intervención temprana intensiva en un marco educativo óptimo conduce a una mejoría en el pronóstico de la mayoría de los niños con autismo, incluyendo el lenguaje en un 75 por 100 de los casos o más, y significativos incrementos en las ratios de progreso evolutivo y rendimiento intelectual

(Canal et al., 2006; Dawson et al., 2004; Fein et al., 2013).

3. MODELOS EXPLICATIVOS Y POSIBLE ETIOLOGÍA DEL TEA

La etiología del TEA sigue siendo uno de los grandes desafíos para los investigadores del campo de la psicopatología de la infancia. No en vano es, junto con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno psicopatológico de la infancia que produce mayor número de investigaciones. Su origen último sigue sin conocerse, pero eso no significa que no se puedan plantear hipótesis explicativas sobre sus síntomas. El TEA es un trastorno que se define conductualmente a través de la presencia de una serie de manifestaciones conductuales o síntomas. Aunque no sabemos cuál es el origen de dichos síntomas (si bien hoy nadie duda de su origen neurobiológico), lo que sí que podemos es explicar desde el punto de vista psicológico sus manifestaciones conductuales a lo largo de su desarrollo evolutivo. Así pues, podemos establecer dos niveles explicativos, uno neurobiológico y otro psicológico.

Desde el punto de vista neurobiológico, las investigaciones actuales señalan que hay diversos factores que pueden influir en la mayor vulnerabilidad hacia la presencia del trastorno. Estos factores pueden ser de tipo genético, metabólico, neuroquímico o infeccioso (véase figura 12.3).

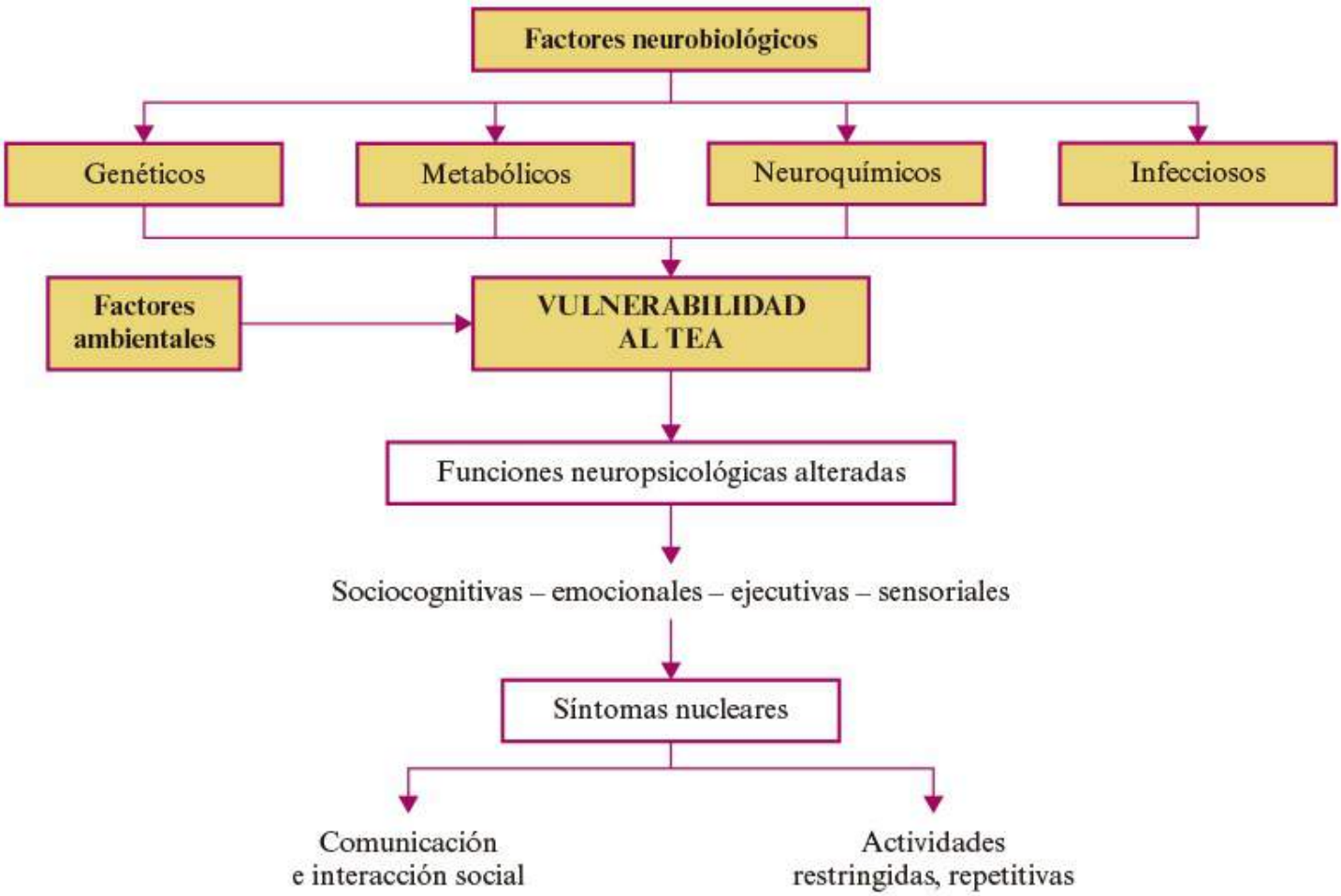


Figura 12.3.—Posibles factores causales del TEA.

La hipótesis neurobiológica más plausible es la genética, en la que se plantea la combinación de diferentes genes procedentes de diversos cromosomas que están en la base de la etiología del TEA. Bruining et al. (2014) señalan que los factores de riesgo genéticos dan lugar a un amplio espectro de presentaciones de TEA, encontrando en su estudio de investigación una correlación genotipo-fenotipo en relación con la sintomatología autista, vinculando una amplia variedad de factores de riesgo genético con el TEA. Así, existen diversas anomalías genéticas y metabólicas bien conocidas (síndrome de Rett, fenilcetonuria, síndrome de X frágil), o más recientemente niños con el síndrome de duplicación 7q11.23 (Velleman, 2011), que presentan sintomatología autista asociada.

En el mismo sentido, los factores ambientales pueden actuar en forma de disparadores de los factores biológicos subyacentes. Es decir, parece que las infecciones pre, peri y postnatales, complicaciones obstétricas, vacunas, exposición al mercurio, intolerancia a determinados alimentos, opiáceos cerebrales, intoxicación por plomo, etc., pueden estar más relacionadas con el pronóstico que con la génesis del trastorno, pues hasta el momento no se ha podido demostrar cómo actúan estos factores sobre la susceptibilidad genética (Díez Cuervo, 2005).

Sin embargo, la hipótesis neurobiológica que sigue generando una mayor aceptación es la «hipoplasia cerebelosa» propuesta por Courchesne (Courchesne, Redcay y Kennedy, 2004). Utilizando la investigación con cerebros de personas con autismo fallecidas, el equipo de Courchesne ha encontrado una reducción en el número de neuronas de Purkinje del cerebelo (que son las responsables de coordinar la información al resto de las áreas cerebrales). Ahora bien, lo que no se sabe es por qué se produce esta disminución de neuronas durante el desarrollo cerebral, cuyas manifestaciones se observan especialmente en el período crítico de los 18 meses.

Desde el punto de vista psicológico se han planteado varias teorías explicativas para dar cuenta de los síntomas nucleares del TEA. Estas hipótesis se formularon durante los años ochenta y noventa, pero todavía siguen siendo válidas (con algunas modificaciones) para dar cuenta de las habilidades y discapacidades de las personas con TEA.

Para la explicación de las dificultades sociales y comunicativas (primer criterio nuclear en el diagnóstico clínico del TEA) se han propuesto dos teorías, una de ellas cognitiva y otra emocional. La primera en cuanto a su formulación fue la teoría del «*déficit metarrepresentacional*» o teoría de la mente, entendida como la capacidad cognitiva que nos permite distinguir nuestros propios estados mentales —creencias, opiniones, deseos, pensamientos— de los demás (Baron-Cohen, 2000). Según estos autores, en el TEA se da un déficit específico cognitivo, que consiste en la escasa o nula capacidad metarrepresentacional (ToM) que explicaría las dificultades en comunicación e interacción social. La otra es la teoría del «*déficit afectivo/emocional*» (Hobson, 2014), según la cual las personas con TEA

presentan desde el momento del nacimiento una incapacidad innata para el contacto emocional, lo que explicaría las grandes dificultades para sintonizar y sincronizar sus emociones con las personas que les rodean. Sin embargo, estas teorías no explicarían los comportamientos ritualistas, obsesivos y estereotipados que presentan las personas con TEA.

Para la explicación de este segundo gran núcleo de alteraciones del TEA se han propuesto otras dos teorías neuropsicológicas que tratan de conectar las funciones cerebrales con el comportamiento observable. Una de ellas es la teoría del «*déficit en coherencia central*» de Happè y Frith (2006), que postula que las personas con TEA presentan una dificultad para integrar la información procesada en los diferentes niveles y sistemas cognitivos, es decir, un déficit en el procesamiento gestáltico. Esto explicaría que atiendan y procesen sólo los pequeños detalles, y no integren la información para dar una configuración global y un significado contextualizado a sus conductas. La otra teoría es la del «*déficit en funciones ejecutivas*» (Ozonoff, South y Provencal, 2005), que plantea que las personas con TEA presentan un déficit en las funciones ejecutivas de planificación y control (que implican planificación, organización, anticipación, inhibición de respuestas, memoria de trabajo, flexibilidad y autocontrol). Esto explicaría que las personas con TEA no puedan organizar de manera eficaz las conductas orientadas a la consecución de una meta.

Todas estas hipótesis explicativas no son excluyentes y tienen su correlato en las actuales intervenciones con las personas con TEA, como veremos más adelante.

4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y COMORBILIDAD DIAGNÓSTICA

4.1. Diagnóstico diferencial

Algunas de las entidades clínicas más relevantes de cara a la diferenciación diagnóstica con el TEA son el síndrome de Rett, el mutismo selectivo, el trastorno de la comunicación social (pragmático), discapacidad intelectual, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), trastorno de movimientos estereotipados y esquizofrenia. En la tabla 12.3 se presenta un resumen de las diferencias del TEA con respecto a cada uno de estos trastornos (adaptado de APA, 2014).

TABLA 12.3
Diagnóstico diferencial del TEA

Mutismo selectivo:

— No alteración comunicativa universal (situaciones/contextos).
— No alteración conductual.

Trastorno de la comunicación social:

— No alteración severa de interacción social (aislamiento, contacto

Discapacidad intelectual:

— Mayor retraso motor.
— Mayor alteración médica y neurológica.
— Menor alteración en interacción social y conductual.

Movimientos estereotipados:

ocular).
— No alteración conductual (estereotipias).

TDAH:

— Atención lábil a estímulos externos (no internos).
— Inatención universal (vs. ensimismamiento).

— No alteración comunicativa y lingüística.
— No alteración social.

Trastorno de Rett:

— Deterioro motor.
— Pérdida de capacidades adquiridas.

Esquizofrenia:

— Alucinaciones y delirios.

Especial atención merece el diagnóstico diferencial del TEA con el trastorno de la comunicación social (TCS), nueva categoría incluida en el DSM-5 (APA, 2014) y que se correspondería con uno de los subtipos de disfasia infantil, el anteriormente denominado «trastorno semántico-pragmático» (Bishop, 2000). Los niños con TCS presentan importantes problemas de comprensión y expresión en el componente semántico y pragmático, que también están presentes en el TEA, especialmente en el nivel 1 (TEA de alto funcionamiento). Lo que les diferencia de éstos es que suelen tener menores problemas de relación social y de comportamientos y actividades ritualistas, pero sus grandes dificultades de comunicación social hacen que se vean aislados en muchas ocasiones, pudiendo confundirse con los problemas de relación social del TEA (Kim et al., 2014). También es importante destacar el cambio que introduce el DSM-5 (APA, 2014) en cuanto a la eliminación del criterio de exclusión del TEA en el diagnóstico del TDAH como resultado de las evidencias empíricas (Zinkstok y Buitelaar, 2014).

4.2. Comorbilidad diagnóstica y sintomatológica

El TEA presenta síntomas o diagnósticos compartidos con otros trastornos. Según diferentes estudios de investigación, la depresión y la ansiedad son los trastornos psicopatológicos más comunes en personas con TEA (White y Roberson-Nay, 2009). Todo ello teniendo en cuenta las dificultades de diferenciación entre ambos cuadros en las personas con TEA. Además, en comparación con la población general, la mayoría de los estudios sugieren que los niños con autismo muestran índices significativamente más elevados tanto en ansiedad como en depresión.

Las dificultades de ansiedad están presentes en todos los niveles cognitivos del autismo, aunque conocemos que las personas con TEA con mayor cociente intelectual (CI) y mayor deterioro social muestran síntomas más graves de ansiedad (Sukhodolsky et al., 2008). En cuanto a los tipos más frecuentes de trastornos y sintomatología ansiógena en los TEA, los resultados de los estudios concluyen que en los niños son las fobias simples, trastornos de ansiedad generalizada, trastornos de ansiedad de separación, trastornos obsesivo-compulsivos y fobia social (de la Iglesia y Olivar, 2012).

Cuando comparamos la sintomatología depresiva de los TEA de alto nivel de

funcionamiento cognitivo con grupos control, los niveles son superiores a los de los grupos de iguales con desarrollo típico (Hurtig et al., 2009) o alterado (Brereton, Tonge y Einfeld, 2006). La mayoría de los estudios con niños con TEA muestran que, conforme aumenta la edad y el CI, existe un incremento en la depresión (Mayes, Calhoun, Murray y Zahid, 2011). La edad, y especialmente la adolescencia, parece ser uno de los factores de riesgo de depresión en los TEA sobre el que existe mayor acuerdo científico (de la Iglesia y Olivar, 2015).

5. EVALUACIÓN DEL TEA

Antes de iniciar el proceso de evaluación de cualquier trastorno conviene preguntarse para qué se va a evaluar, qué es lo que se va a evaluar y cómo se va a evaluar. La respuesta a cada una de estas preguntas nos remite a sus objetivos (evaluación, orientación o intervención), contenidos (competencias, habilidades y dificultades) y metodología (pruebas y estrategias estandarizadas y no estandarizadas).

Previamente al proceso de evaluación hay que recoger toda la información disponible (informes, historial clínico) sobre la persona a evaluar. En cuanto al proceso en sí, es necesaria una evaluación estructurada de todas las áreas del desarrollo (cognitiva, comunicativa, lingüística, socioemocional, conductual y del aprendizaje), junto con la evaluación para la detección de los síntomas o conductas alteradas, para establecer el diagnóstico en los sistemas oficiales (DSM-5, APA, 2013 y CIE-10, OMS, 1992). En el informe final se deberán contemplar tanto los aspectos positivos (habilidades y capacidades) como los aspectos negativos (dificultades), y cuáles de los sistemas de intervención científicamente comprobados son más adecuados, así como la decisión sobre el tipo de escolarización u ocupación laboral más adecuada y la participación de las familias en dicha intervención. Finalmente, el proceso se completa con el seguimiento y apoyo tanto a las propias familias como a los centros en los que se encuentren escolarizados o contratados.

5.1. Áreas a evaluar e instrumentos más recomendados

Tomando como referencia las propuestas de Hernández et al. (2005) y de Olivar y de la Iglesia (2009), señalamos algunos de los instrumentos recomendados para la evaluación del TEA.

a) Detección y el diagnóstico

— M-CHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*). Robins, Fein, Barton y Green (2001).
— PDDST (*Pervasive Developmental Disorder Screening Test*). Siegel (1998).
— ASIEP-2 (*Autism Screening Instrument for Educational Planning, 2.ª ed.*). Krug,

Arick y Almond (1980).
— ASSQ (*Autism Spectrum Screening Questionnaire for Asperger and other high functioning autism conditions*). Ehlers, Gillberg y Wing (1999).
— CAST (*Childhood Asperger Syndrome Test*). Scott, Baron-Cohen, Bolton y Brayne (2002).
— ASDI (*Asperger Syndrome Diagnostic Interview*). Gillberg, Gillberg, Rastam y Wentz (2001).
— ADI-R (*Entrevista para el diagnóstico del autismo, edición revisada*). Rutter, LeCouteur y Lord (2006).
— ADOS (*Autism Diagnostic Observation Schedule*). Lord, Rutter, DiLavore y Risi (2008).

Manuales diagnósticos:

— DSM-5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales). APA (2014).
— CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades). OMS (1992).

b) Áreas del desarrollo

Área cognitiva:

— MSCA (*Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños*). McCarthy (1977).
— WISC-IV (*Escala de inteligencia Wechsler para niños*). Wechsler (2005).
— WAIS-III (*Escalas de inteligencia Wechsler*). Wechsler (2006).
— K-ABC (*Batería de evaluación de Kaufman para niños*). Kaufman y Kaufman (1997).

Área comunicativa:

— REYNELL-III (*Escalas de desarrollo del lenguaje, 3.ª ed.*). Edwards et al. (1997).
— PPVT-III (*Test de vocabulario en imágenes, 3.ª ed*). Dunn, Dunn y Arribas (2006).
— ITPA (*Test de habilidades psicolingüísticas de Illinois*). Kirk, McCarthy y Kirk (1989).

Área socioemocional:

— VINELAND (*Vineland Adaptive Behavior Scales*). Sparrow, Balla y Ciccheti (2005).
— BECS *(Batterie d'Evaluation Cognitive et socio-émotionelle).* Adrien (2008).

Área psicoeducativa:

— PEP-R (*Psychoeducational Profile-Revised*). Schopler, Reichler, Bashford, Lansing y

Marcus (1990).

6. ALGUNAS PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN EN EL TEA

Antes de iniciar la intervención es muy útil hacer una recopilación (extraída de la evaluación previa) de las capacidades (puntos fuertes) y dificultades (puntos débiles), dado que el objetivo de toda intervención es potenciar las habilidades para mejorar las dificultades.

Aun teniendo en cuenta la gran heterogeneidad y variabilidad existente en el grupo de personas con TEA, podemos señalar algunas de las características más frecuentes de cara a procurar su mejora mediante la intervención en sus puntos débiles a partir de sus puntos fuertes (de la Iglesia y Olivar, 2009).

6.1. Puntos fuertes (habilidades) y débiles (dificultades)

En cada una de las áreas patognómicas encontramos potencialidades (puntos fuertes), que permiten una intervención desde una óptica positiva, partiendo de dichas fortalezas, para mejorar sus dificultades:

a) Área de la comunicación e interacción social

Las personas con TEA pueden mostrar una aparente falta de interés e iniciativa para relacionarse con los demás. En otros casos presentan serias dificultades para establecer y mantener relaciones sociales (obsesiones, graves problemas de conducta, falta de comprensión de estados mentales, etc.). Cerca del 50 por 100 de las personas con TEA no muestra ninguna forma de lenguaje funcional, precisando de ayudas para comunicarse (fotos, signos...), y el resto plantea graves alteraciones en la comunicación (ecolalias, inversión pronominal, problemas semánticos, etc.). Pueden mostrar un adecuado desarrollo del lenguaje estructural (fonología/articulación, sintaxis y vocabulario), pero inadecuada prosodia, semántica, comprensión y puesta en práctica de reglas gramaticales en sus producciones, con importantes limitaciones para usar el lenguaje como instrumento de comunicación social (pragmática).

Como puntos fuertes se puede destacar que sus conversaciones suelen tener un alto contenido teórico (especialmente de sus áreas de interés), un vocabulario amplio, técnico, especializado y en ocasiones «erudito» sobre algunos temas, atención a detalles de la conversación y puntos de vista originales sobre ciertos temas. Suelen mostrar lealtad y fidelidad incondicional, importante memoria facial y de los nombres de las personas que conocen, sinceridad (por ejemplo, en los juegos ni mienten ni hacen trampas), objetividad en sus calificaciones e impresiones sobre el resto de personas, y perseverancia en el punto de vista que consideran correcto.

b) Área de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas.

Tienen grandes dificultades para dar sentido a las diferentes actividades, mostrando una extremada sensibilidad, resistencia e inflexible oposición conductual y cognitiva a los cambios ambientales. Poseen, además, un repertorio muy restringido de actividades, intereses y contenidos mentales con una recurrencia obsesiva (patrones ritualizados repetitivos y compulsivos de actividad, estereotipias motoras y verbales, preguntas obsesivas en los sujetos que desarrollan el lenguaje, etc).

Como contrapartida, suelen convertirse en expertos en los temas de su interés, recopilando constante información tanto material como verbal acerca de estos temas, lo que puede ser un punto de partida de cara a la orientación vocacional.

Unido a todo ello, pueden presentar algunos *problemas asociados* como, por ejemplo, problemas a nivel físico derivados de tres factores: la coincidencia del TEA con alteraciones neurológicas, epilepsia, problemas gástricos, óseos y musculares; los efectos secundarios de una prolongada medicación, y la falta de programas de prevención e intervención precoz.

6.2. Pautas generales para la intervención

La intervención con este colectivo tendrá un enfoque positivo, funcional y ecológico (que favorezca la generalización de aprendizajes en el tiempo, en el espacio y con los diferentes agentes que intervienen).

Las pautas generales para la intervención tienen que ver con los objetivos (claramente definidos, adaptados al nivel de desarrollo evolutivo y adaptados al nivel curricular), con los contenidos a desarrollar (emocionales, sociales, comunicativos, cognitivos, conductuales) y con la metodología a emplear (aprendizaje sin error, proceder de lo estructurado a lo espontáneo, anticipar lo que va a suceder, trabajar específicamente la generalización de aprendizajes).

A continuación se presentan algunos de los programas desde el enfoque cognitivo-conductual para la intervención en las dos áreas nucleares de afectación (comunicación e interacción social y comportamientos repetitivos), en función de los niveles o grados de severidad que se establecen en el DSM-5.

La asignación de los programas a cada área ha de entenderse como orientativa y no exhaustiva ni exclusiva, pues algunos de los programas trabajan ambos tipos de alteraciones. En los recursos propuestos se presentan en primer lugar los orientados a destinatarios con mayor nivel de afectación (nivel 3), posteriormente los recomendados para el nivel 2 y en último lugar para las personas con TEA de nivel 1.

a) *Área de la comunicación e interacción social:*

— Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC):

- Programa de comunicación total. Schaeffer, Raphael y Kollinzas (2005).
- Sistema PECS (*Picture Exchange Communication System. A Picture's Worth*). Bondy y Frost (2002).

— Programa TEACHH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children*). Watson (1989).
— Programas de transición a la vida adulta.
— Enseñar a los niños autistas a comprender a los demás. Howlin, Baron-Cohen y Hadwin (2006).
— Historias sociales. Gray (1998; 2000).

b) *Área de comportamiento, intereses y actividades restrictivas y repetitivas:*

— Programas de modificación de conducta.
— Paneles y agendas visuales.
— Sistema PEANA: Proyecto de estructuración ambiental en el aula de niños/as con autismo. Tamarit, de Dios, Domínguez y Escribano (1990).
— Conversaciones en forma de historietas. Gray (1998).

Estos programas de intervención específica se complementan con los programas que se desarrollan en el ámbito psicoeducativo (adaptaciones curriculares individuales), familiar (programas de apoyo familiar) y social (programas de ocio y tiempo libre).

7. CONCLUSIONES

Los cambios en la conceptualización y en los criterios diagnósticos del TEA en el DSM-5 pueden afectar a la investigación epidemiológica y a los procesos de diagnóstico, evaluación y orientación de estas personas hacia los servicios educativos, laborales o asistenciales, y no están exentos de controversias. El cambio desde un enfoque categorial a otro dimensional está más acorde con la nueva visión de los trastornos psicopatológicos como un continuo, donde es muy difícil establecer categorías clínicas separadas unas de otras.

El TEA ha dejado de ser un misterio, para pasar en los últimos años a ser uno de los trastornos del neurodesarrollo con mayor prevalencia y mayor número de estudios epidemiológicos, genéticos y descriptivos. Aun existiendo todavía grandes lagunas de conocimiento, sobre todo en relación con su origen, no se da esta situación en cuanto a la descripción, diagnóstico, evaluación y tratamiento. El avance de las teorías psicológicas que explican el comportamiento por parte de las personas con TEA, unido a los estudios descriptivos y comparativos, ha ayudado a determinar con exactitud las necesidades de

intervenciones específicas, rigurosas y válidamente contrastadas de estas personas.

Los síntomas del TEA pueden observarse en el primer año de vida, y están virtualmente presentes antes de los tres años de edad, si bien muchas veces no se identifican hasta meses o años después por las demandas del medio social. Por esta razón es muy relevante la formación específica para la detección temprana por parte de los profesionales que trabajan con niños de estas edades.

Actualmente, el reto se centra en reconocer, determinar y evaluar los apoyos necesarios e imprescindibles que requieren las personas con TEA para poder dar respuesta a las necesidades específicas y diferenciadas, teniendo en cuenta sus habilidades y dificultades en su funcionamiento. Conocemos que un diagnóstico lo más temprano posible, junto a una intervención adecuada, específica y flexible, influirá de manera importante en el desarrollo integral futuro de la persona con TEA.

8. CASO CLÍNICO

Caso 1

Iván es un chico de 9 años que cursa cuarto curso de Educación Primaria. Su relación con los compañeros de clase es buena, aunque en general prefiere relacionarse con personas adultas. Presenta una comunicación con finalidades de petición, declaración o descripción, pero tiene dificultades cuando la interacción incluye usos indirectos del lenguaje (comprensión de metáforas, ironías o chistes). Las relaciones que mantiene con los compañeros son socialmente muy simples, teniendo dificultades en los aspectos más sutiles de la relación social, como las miradas y gestos cómplices que hacen sus iguales.

Cuando se le hace una pregunta o se inicia una conversación tiende a ser lacónico, respondiendo con frases cortas. Sin embargo, cuando el tema es de su interés puede ser mucho más expresivo, utilizando un lenguaje muy rico morfosintácticamente y con un léxico muy técnico y no esperable si tenemos en cuenta su edad. Su habla es monótona y sin acentuación de las palabras. Sus compañeros dicen de él que por su habla «parece un robot».

Cuando las cosas no están ordenadas y programadas de antemano, u ocurre algo que no estaba previsto, presenta patrones inflexibles y reacciones de ansiedad. Sus padres dicen que les llama la atención su memoria y capacidad para recordar edificios y direcciones de lugares que ha visitado cuando era muy pequeño. Cuando tiene que enfrentarse a conceptos abstractos tiene mucha dificultad, que desaparece cuando puede trabajarlos mediante el dibujo y la manipulación de los objetos. En el colegio destaca en matemáticas y tecnología, pero tiene dificultades con literatura e inglés.

Sus padres le llevan a una asociación juvenil donde realiza actividades relacionadas con la naturaleza los domingos por la tarde. Sus monitores comentan que los otros chicos le aceptan, pero no quedan con él para ir después al cine.

Él mismo dice que en el colegio tiene sólo una amiga. Esta niña le ayuda a planificar las tareas de clase y juega con él en el recreo. Cuando ella no acude a clase por encontrarse enferma, Iván se encuentra muy nervioso y repite de manera obsesiva preguntas relacionadas con la enfermedad de su amiga.

Caso 2

Manuel es un niño de tres años y dos meses. Carece de lenguaje funcional, aunque emite algún sonido gutural sin finalidad comunicativa. Tiene una hermana de cinco años, María. Según informan los padres, la relación con ella es bastante buena. Juegan juntos en el arenero del parque, aunque cuando tiene que jugar al fútbol con el resto de niños Manuel se aparta y continúa jugando él solo, observando cómo la arena se desliza entre sus manos. No muestra ningún rechazo ni agrado cuando los otros niños le abrazan o le cogen de la mano para ir a jugar.

Los padres verbalizan que están preocupados, ya que intuyen que algo no va bien en Manuel. No sólo les inquieta que no hable, sino que ven en él conductas que María nunca ha mostrado, y cuando hablan con sus amistades tampoco el resto de niños las hacen. Por ejemplo, les llama mucho la atención que se muestre tan indiferente cuando alguien le llama. Dicen que incluso en un primer momento pensaron que era sordo, pero que descartaron la idea porque a veces atiende rápidamente cuando oye, incluso desde otra habitación, el crujido al abrir la envoltura de sus caramelos preferidos. Cuando quiere ir al parque les coge de la mano, se pone el abrigo o les empuja hasta la puerta. Cuando está viendo en la televisión su programa favorito no deja de balancearse, o puede pasarse horas girando, como si fueran peonzas, las figuritas esféricas que tienen en el salón, las monedas que encuentra o los frutos secos que comen de postre, mientras se muestra fascinado observándolo y aleteando fuerte y rápidamente sus manos.

Cuando quiere algo no hace gestos que lo indique. Si algo le llama la atención, ni lo señala ni intenta que las personas que están a su alrededor lo miren. Nunca ha mostrado miradas comunicativas a sus familiares. Siempre que puede, intenta salir de las situaciones sociales, especialmente cuando hay muchas personas o éstas no pertenecen a su familia nuclear. En estos casos, cuando tiene que permanecer, por ejemplo, en reuniones familiares amplias, ignora a los demás como si no existieran.

En diferentes contextos ha tenido rabietas incontrolables. Sus padres no saben a qué atribuirlas y piensan que pueden deberse a pequeñas molestias o a que no le entienden cuando quiere algo.

Manuel acude a una Escuela Infantil. Al hablar con la maestra, ésta indica que también ha observado estas conductas y que ella intenta que Manuel participe y juegue con los otros niños, pero que como no lo logra se siente bastante frustrada, pues no sabe si debe forzarle o no. La familia colabora en todo lo que, desde los múltiples centros a los que han acudido ya, les han ido recomendando. Se quejan de ese «peregrinaje». Actualmente acuden todas las

tardes con el niño a una consulta de estimulación temprana privada, donde les enseñan algunas estrategias para trabajar con Manuel. Dicen que esto les supone un importante trastorno tanto en su dinámica familiar vespertina como en su presupuesto, ya que la madre de Manuel acaba de perder su trabajo. Se muestran consternados ante el dilema que se les plantea sobre si restringir la terapia a sólo algunos días o no, pues desde la Escuela Infantil, donde también siguen las pautas marcadas por los especialistas, les han dicho que el Equipo que atiende la zona ha dictaminado que es mejor que acuda todos los días.

Pregunta 1. ¿Con cuáles de los tres niveles de gravedad que establece el DSM-5 se puede identificar a Iván y Manuel? Justifica la respuesta.

Pregunta 2. ¿Qué instrumentos y programas de intervención plantearías en cada caso?

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN (Descargar o imprimir)

1. Describe algunos ejemplos de conductas anómalas (mínimo 3) que puedan identificarse con cada uno de los tres niveles de gravedad de los TEA en cada una de las áreas de afectación (comunicación social y comportamientos y actividades repetitivas).

2. Indica cómo considera que las dificultades en las habilidades mentalistas (Teoría de la mente) pueden afectar al correcto desarrollo de la comunicación social.

3. ¿Qué implicaciones tienen las dificultades en coherencia central en el comportamiento de las personas con TEA?

4. Señala los criterios diferenciales del TEA con respecto al trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Adrien, J.-L. (2008). *La Batterie d'Evaluation Cognitive et Socio-emotionelle (BECS).* Bruxelles: De Boeck.

American Psychiatric Association (1983). *DSM-III. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.* Barcelona: Masson (or. ingl., 1980).

American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.* Barcelona: Masson (or. ingl., 1994).

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado*. Barcelona: Masson (or. ingl., 2001).

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5.ª ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría (or. ingl., 2013).

Asperger, H. (1944). De «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 117*, 76-136.

Baron-Cohen, S. (2000). Theory of mind and autism: A fifteen year review. En S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg y D. J. Cohen (eds.), *Understanding other minds: Perspectives from developmental cognitive neuroscience* (2.ª ed., pp. 3-20).

Nueva York: Oxford University Press.
Barton, M. L., Jashar, D., Brennan, L. y Fein, D. (2013). Sensitivity and Specificity of Proposed DSM-5 Criteria for Autism Spectrum Disorder in Toddlers. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43,* 1184-1195. doi: 10.1007/s10803-013-1817-1818.
Bishop, D. (2000). Pragmatic language impairment: A correlate of SLI, a distinct subgroup, or part of the autistic continuum? En D. Bishop y L. B. Leonard (eds.), *Speech and language impairment in children: Causes, characteristics, intervention and outcome* (pp. 99-114). Hove: Psychology Press.
Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Deuticke.
Bondy, A. y Frost, L. (2002). *A Picture's Worth. PECS and Other Visual Communication Strategies in Autism.* Bethesda: Woodbine House.
Brereton, A. V., Tonge, B. J. y Einfeld, S. L. (2006). Psychopathology in children and adolescents with autism compared to young people with intellectual disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 36,* 863-870.
Bruining, H., Eijkemans, M. J. C., Kas, M. J. H., Curran, S. R., Vorstman, J. A. S. y Bolton, P. F. (2014). Behavioral signatures related to genetic disorders in autism. *Molecular Autism, 5,* 11. doi: 10.1186/ 2040-2392-5-11.
Canal, R., García, P. , Touriño, E., Santos, J., Martín, M. V., Ferrari, M. J., Martínez, M., Guisuraga, Z., Boada, L., Rey, F., Franco, M. y Fuentes, J. (2006). La detección precoz del autismo. *Intervención Psicosocial, 15*(1), 29-47.
Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). Prevalence of autism spectrum disorders-Autism and developmental disabilities monitoring network, United States, 2008. *Morbidity and Mortal Weekly Report, 61,* 1-19.
Courchesne, E., Redcay, E. y Kennedy, D. P. (2004). The autistic brain: Birth through adulthood. *Current opinion in Neurology, 17,* 489-496.
Davidovitch, M., Hemo, B., Manning-Courtney, P. y Fombonne, E. (2013). Prevalence and Incidence of Autism Spectrum Disorder in an Israeli Population. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43,* 785-793. doi: 10.1007/s10803-012-1611-z.
Dawson, G., Toth, K., Abbott, R., Osterling, J., Munson, J., Estes, A. y Liaw, J. (2004). Early social attention impairments in autism: Social orienting, joint attention, and attention to distress. *Developmental Psychology, 40*(2), 271-283. doi: doi.org/ 10.1037/0012-1649.40.2.271.
De la Iglesia, M. y Olivar, J. S. (2009). *Trastornos del espectro autista de alto funcionamiento (autismo y síndrome de Asperger). Guía para educadores y familiares. Volumen I: descripción y caracterización*. Madrid: CEPE
De la Iglesia, M. y Olivar, J. S. (2012). Revisión de estudios e investigaciones relacionadas con la comorbilidad diagnóstica de los Trastornos del Espectro del Autismo de Alto Funcionamiento (TEA-AF) y los trastornos de ansiedad. *Anales de Psicología, 28,* 823-833. doi: 10.6018/analesps.28.3.124881.
De la Iglesia, M. y Olivar, J. S. (2015). Risk Factors for Depression in children and adolescents with High Functioning Autism Spectrum Disorders. *Scientific World Journal,* 1-17. Article ID 127853.
DiCicco-Bloom, E., Lord, C., Zwaigenbaum, L., Courchesne, E., Dager, S. R., Schmitz, C., Schultz, R. T., Crawley, J. y Young, L. J. (2006). The Developmental Neurobiology of Autism Spectrum Disorder. *Journal of Neuroscience, 26,* 6897-6906. *doi: 10.1523/JNEUROSCI.1712-06.2006*.
Díez Cuervo, A. (2005). Investigación neurobiológica. Breve revisión en el trastorno autista. *Minusval,* 25-27.
Dunn, L. M., Dunn, L. M. y Arribas, D. (2006). *PPVT-III Peabody, Test de Vocabulario en Imágenes*. Madrid: TEA.
Edwards, S., Flechter, P. , Garman, M., Hughes, A., Letts, C. y Sinka, I. (1997). *Reynell Developmental Language Scales III*. Londres: NFER-Nelson.
Ehlers, S., Gillberg, C. y Wing, L. (1999). A screening questionnaire for Asperger syndrome and other high functioning autism spectrum disorders in school age children (ASSQ*). Journal of Autism and Developmental Disorders, 29,* 129-141.
Fein, D., Barton, M., Eigsti, I. M., Kelley, E., Naigles, L., Schultz, R. T., Stevens, M., Helt, M., Orinstein, A., Rosenthal, M., Troyb, E. y Tyson, K. (2013). Optimal outcome in individuals with a history of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54,* 195-205. doi: 10.1111/jcpp. 12037.
Filipek, P. A., Accardo, P. J., Baranek, G. T., Cook, E. H., Dawson, G., Gordon, B., Gravel, J. S., Johnson, C. P. , Kallen, R. J., Levy, S. E., Minshew, N. J., Prizant, B. M., Rapin, I., Rogers, S. J., Stone, W. L., Teplin, S., Tuchman, R. F. y Volkmar, F. R. (1999). The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 29,* 439-484.
Fombonne, E. (2009). Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research, 65,* 591-598.
Gibbs, V., Aldridge, F., Chandler, F., Witzlsperger, F. E. y Smith, K. (2012). Brief Report: An Exploratory Study Comparing Diagnostic Outcomes for Autism Spectrum Disorders Under DSM-IV-TR with the Proposed DSM-5 Revision. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 42,* 1750-1756. doi: 10.1007/s10803-012-1560-6.
Gillberg, C., Gillberg, I. C., Rastam, M. y Wentz, N. (2001). The Asperger syndrome diagnostic interview (ASDI): A preliminary study of a new structured clinical interview. *Autism, 5,* 57-66.
Gray, C. (1998). Social stories and comic strip conversations with students with Asperger syndrome and High-Functioning

Autism. En E. Schopler., G. B. Mesibov y L. J. Kunce (eds.), *Asperger Syndrome or High-Functioning Autism?* (pp. 167-198). Nueva York: Plenum Press.
Gray, C. (2000). *The new social story book (Illustrated edition).* Arlington (TX): Future Horizons.
Greaves-Lord, K., Eussen, M. L., Verhulst, F. C., Minderaa, R. B., Mandy, W., Hudziak, J. J., Steenhuis, M. P. , de Nijs, P. F. y Hartman, C. A. (2013). Empirically Based Phenotypic Profiles of Children with Pervasive Developmental Disorders: Interpretation in the Light of the DSM-5. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43,* 1784-1797. doi: 10.1007/s10803-012-1724-4.
Grzadzinski, R., Huerta, M. y Lord, C. (2013). DSM-5 and autism spectrum disorders (ASDs): An opportunity for identifying ASD subtypes. *Molecular Autism, 4*(1), 12. doi: 10.1186/2040-2392- 4-12.
Happè, F. y Frith, U. (2006). The weak coherence account: Detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 36,* 5-25.
Hobson, R. P. (2014). The coherence of autism. *Autism, 18,* 6-16.
Hernández, J. M., Artigas-Pallarés, J., Martos-Pérez, J., Palacios-Antón, S., Fuentes-Biggi, J., Belinchón-Carmona, M., Canal-Bedia, R., Díez-Cuervo, A., Ferrari-Arroyo, M. J., Hervás-Zúñiga, A., Idiazábal-Alecha, M. A., Mulas, F., Muñoz-Yunta, J. A., Tamarit, J., Valdizán, J. R. y Posada-De la Paz, M. (Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo, España). (2005). Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista (I). *Revista de neurología, 41*(4), 237-245.
Howlin, P., Baron-Cohen, S. y Hadwin, J. (1999). *Enseñar a los niños autistas a comprender a los demás. Guía práctica para educadores*. Barcelona: CEAC (or. ingl., 1999).
Hurtig, T., Kuusikko, S., Mattila, M. L., Haapsamo, H., Ebeling, H., Jussila, K., Joskitt, L., Pauls, D. y Moilanen, I. (2009). Multi-informant reports of psychiatric symptoms among high functioning adolescents with Asperger syndrome or autism. *Autism, 13,* 583-598.
Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child, 2,* 217-250.
Kaufman, A. y Kaufman, N. (1997). *Batería de evaluación de Kaufman para niños*. Madrid: TEA.
Kim, Y. S., Fombonne, E., Koh, Y. J., Kim, S. J., Cheon, K. A. y Leventhal, B. L. (2014). A Comparison of *DSM-IV* Pervasive Developmental Disorder and *DSM-5* Autism Spectrum Disorder Prevalence in an Epidemiologic Sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 53*(5), 500-508. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.12.021
Kirk, S. A., McCarthy, J. J. y Kirk, W. D. (1989). *Test Illinois de Habilidades Psicolingüísticas, ITPA*. Madrid: TEA.
Krug, D. A., Arick, J. y Almond, P. (1980). Behaviour checklist for identifying severely handicapped individuals with high levels of autistic behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 21,* 221-229.
Lauritsen, M. B. (2013). Autism spectrum disorders. *European Child Adolescent Psychiatry, 22,* 37-S4. doi: 10.1007/s00787-012-0359-5.
Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C. y Risi, S. (2008). *ADOS. Escala de observación para el diagnóstico del autismo*. Madrid: TEA.
Matson, J. L., Belva, B. C., Horovitz, M., Kozlowski, A. M. y Bamburg, J. W. (2012). Comparing Symptoms of Autism Spectrum Disorders in a Developmentally Disabled Adult Population Using the Current DSM-IV-TR Diagnostic Criteria and the Proposed DSM-5 Diagnostic Criteria. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 24,* 403-414. doi: 10.1007/s10882-012-9278-0.
Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Murray, M. J. y Zahid, J. (2011). Variables Associated with Anxiety and Depression in Children with Autism. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 23,* 325-337.
Mazefsky, C. A., McPartland, J. C., Gastgeb, H. Z. y Minshew, N. J. (2013). Brief Report: Comparability of DSM-IV and DSM-5 ASD Research Samples. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43,* 1236-1242. doi: 10.1007/s10803-012-1665-y.
McCarthy, D. (1977). *Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños*. Madrid: TEA.
Olivar, J. S. y Belinchón, M. (2003). Trastornos del espectro autista en personas con (relativo) alto nivel de funcionamiento: diferenciación funcional mediante análisis multivariado. *Acción Psicológica, 2*(3), 223-238.
Olivar, J. S. y de la Iglesia, M. (2009). *Intervención psicoeducativa en personas con autismo y síndrome de Asperger.* Madrid: CEPE.
Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
Ozonoff, S., South, M. y Provencal, S. (2005). Executive functions. En F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin y D. Cohen (eds.), *Handbook of autism and developmental disorders* (pp. 606-627). Nueva York: Wiley.
Rivière, A. (2000). ¿Cómo aparece el autismo? Diagnóstico temprano e indicadores precoces del trastorno autista. En A. Rivière y J. Martos (comp.), *El niño pequeño con autismo* (pp. 13-32). Madrid: APNA.
Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L. y Green, J. A. (2001). The modified checklist for autism in toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 31,* 131-144.

Rutter, M., LeCouteur, A. y Lord, C. (2006). *ADI-R: Entrevista para el diagnóstico del autismo, edición revisada*. Madrid: TEA.

Samadi, S. A., Mahmoodizadeh, A. y McConkey, R. (2012). A national study of the prevalence of autism among five-year-old children in Iran. *Autism, 16*(1) 5-14. doi: 10.1177/1362361311407091.

Schaeffer, B., Raphael, A. y Kollinzas, G. (2005). *Habla signada para alumnos no verbales*. Madrid: Alianza.

Schopler, E., Reichler, R. J., Bashford, A., Lansing, M. D. y Marcus, L. M. (1990). *Individualized assessment of autistic and developmentally disabled children: Psychoeducational Profile Revised (PEP-R).* Austin, TX: Pro-Ed.

Scott, F., Baron-Cohen, S., Bolton, P. y Brayne, C. (2002). The CAST (Childhood Asperger Syndrome Test): Preliminary development of UK screen for mainstream primary school children. *Autism, 6,* 9-31.

Siegel, B. (2004). *Pervasive Developmental Disorder Screening Test II (PDDST-II).* San Antonio, TX: Harcourt.

Sigman, M. y Capps, L. (2000). *Niños y niñas autistas*. Madrid: Morata.

Sparrow, S., Balla, D. y Cicchetti, D. (2005). *Vineland-II: Adaptive behavior scales. Second edition*. Minneapolis: Pearson.

Sukhodolsky, D. G., Scahill, L., Gadow, K. D., Arnold, L. E., Aman, M. G., McDougle, C. J., McCracken, J. T., Tierney, E., Williams White, S., Lecavalier, L. y Vitiello, B. (2008). Parent-rated anxiety symptoms in children with pervasive developmental disorders: Frequency and association with core autism symptoms and cognitive functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36,* 117-128.

Taheri, A. y Perry, A. (2012). Exploring the Proposed DSM-5 Criteria in a Clinical Sample. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 42,* 1810-1817. doi: 10.1007/s10803-012-1599-4.

Tamarit, J., de Dios, J., Domínguez, S. y Escribano, L. (1990). *PEANA: Proyecto de estructuración ambiental en el aula de niños autistas*. Madrid: MEC.

Tsai, L. Y. (2013). Asperger's Disorder will be Back. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43,* 2914-2942. doi: 10.1007/s10803-013-1839-2.

Velleman, S. L. (2011). Children with 7q11.23 Duplication Syndrome: Speech, Language, Cognitive, and Behavioral Characteristics and their implications for Intervention. *ASHA Perspectives on Language Learning and Education, 18,* 108-116.

Wakefield, J. C. (2013). DSM-5: An Overview of Changes and Controversies. *Clinical Social Work Journal, 41,* 139-154. doi: 10.1007/s10615-013-0445-2.

Watson, L. (1989). *TEACCH. Teaching spontaneous communication to autistic and developmentally handicapped children*. Nueva York: Irvington.

Wechsler, D. (2005). *Escala de inteligencia Wechsler para niños (WISC-IV).* Madrid: TEA.

Wechsler, D. (2006). *Escala de inteligencia Wechsler para adultos (WAIS-III)*. Madrid: TEA.

White, S. W. y Roberson-Nay, R. (2009). Anxiety, social deficits, and loneliness in youth with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 39,* 1006-1013.

Wilson, C. E., Gillan, N., Spain, D., Robertson, D., Roberts, G., Murphy, C. M., Maltezos, S., Zinkstok, J., Johnston, K., Dardani, C., Ohlsen, C., Deeley, P. Q., Craig, M., Mendez, M. A., Happé, F. y Murphy, D. G. M. (2013). Comparison of ICD-10R, DSM-IV-TR and DSM-5 in an Adult Autism Spectrum Disorder Diagnostic Clinic. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43,* 2515-2525. doi: 10.1007/s10803-013-1799-6.

Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: A clinical account. *Psychological Medicine, 11,* 115-129.

Zinkstok, J. y Buitelaar, J. (2014). Het hoofdstuk «neurodevelopmental disorders» in the DSM-5. *Tijdschrift voor psychiatrie, 56,* 162-166.

Director: Francisco J. Labrador

Edición en formato digital: 2015

© Remedios González Barrón (coord.) e Inmaculada Montoya-Castilla (coord.)
© Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.), 2015
Calle Juan Ignacio Luca de Tena, 15
28027 Madrid
piramide@anaya.es

ISBN ebook: 978-84-368-3463-5

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del Copyright.

Conversión a formato digital: calmagráfica

Los enlaces web incluidos en esta obra se encuentran activos en el momento de su publicación.

www.edicionespiramide.es