

# NeurPediatría

revisiones

VOL 6. NÚMERO 4. AÑO 2008 ISSN 1692-8067

## DIRECTOR

CARLOS MEDINA MALO  
*Neurólogo-Neuropediatra*  
Miembro de la Academia  
Nacional de Medicina  
medinamalo@epilepsia.org

## COMITÉ ASISTENTE

JULIETA DE CASTAÑO  
*Trabajadora Social*  
ELSA COLMENARES DURÁN  
*Terapeuta Física*  
OLGA MALDONADO  
*Socióloga*

## COMITÉ EDITORIAL

ROBERTO AMADOR  
*Neurólogo*  
  
ROBERTO CHASKEL  
*Psiquiatra Infantil*  
  
NATASHA SINISTERRA  
*Neuropediatra*  
  
ADOLFO ÁLVAREZ  
*Neuropediatra*  
  
ORLANDO CARREÑO  
*Neuropediatra*  
  
ANGÉLICA USCÁTEGUI  
*Neuropediatra*  
  
EUGENIA ESPINOSA  
*Neuropediatra*  
  
WILLIAM CORNEJO  
*Neurólogo - Neuropediatra*

## COORDINACIÓN EDITORIAL

ELSA COLMENARES DURÁN

## DISEÑO E IMPRESIÓN

TOMÁS MORALES M

## DIAGRAMACIÓN

JUVENAL SIERRA HERNÁNDEZ

## LIGA CENTRAL CONTRA LA EPILEPSIA

CALLE 35 N° 17 - 48  
PBX 2455717 FAX 2877440  
www.epilepsia.org  
BOGOTÁ, D.C. COLOMBIA

## EDITORIAL

Nuestras ediciones 14 y 17 las dedicamos al Manejo de Alteraciones en Psiquiatría Infantil con la promesa de continuar con este tema. En esta edición lo hacemos gracias al interés del Doctor Roberto Chaskel, como editor invitado, por divulgar los temas más tratados en la consulta para que puedan llegar no solo al especialista sino también al médico general, a los estudiantes, a los terapeutas y en general a los profesionales encargados de la atención al niño.

Queremos hacer énfasis en la importancia de las alteraciones de la salud mental en nuestro medio que con frecuencia se malinterpretan o se pasan por alto. Lo más grave es que situaciones como el abuso sexual, el niño deprimido, el niño que no rinde en el colegio por un cociente intelectual bajo o el hiperactivo al que no se investiga la etiología exhaustivamente y que su alteración se debe a episodios repetidos de otitis media son claros ejemplos de diagnóstico insuficiente por parte del profesional encargado de darle atención primaria y remitirlo al especialista correspondiente.

De ahí la importancia de que Psiquiatría Pediátrica, consciente de las complicaciones que se derivan por omisión, muchas veces por la brevedad de las consultas, se vincule nuevamente a Neuropediatría Revisiones para tratar de llegar al mayor número de lectores y que cada uno de nosotros se convierta en multiplicador de la información. La salud mental de un país es un pilar de desarrollo y progreso hacia el futuro.

*Carlos Medina Malo*

# INTRODUCCIÓN

Roberto Chaskel<sup>1</sup>

En este número de la revista les presentamos 11 artículos del campo de la Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia que se mueven en la interfase entre la Neuropediatria, la Pediatría y la Psiquiatría.

Comenzamos el número con tres artículos que hace 30 años no hubieran tenido entrada en una revista cuyos lectores son primordialmente neuropediatras, neurólogos, pediatras y médicos generales.

La depresión infantil es hoy en nuestro país el segundo motivo de consulta en la consulta externa de Psiquiatría Infantil después del Trastorno Deficitario de la Atención e Hiperactividad (1). De ahí la importancia de incluirlo como artículo líder en este número. El Trastorno Obsesivo-Compulsivo, también conocido bajo la sigla "TOC" es un trastorno previamente clasificado bajo los trastornos ansiosos (2) y ahora tiene lugar propio en la Clasificación Internacional de las Enfermedades – 10ª Edición de la Organización Mundial de la Salud (3), es un verdadero trastorno neuropsiquiátrico que se inicia temprano en la vida (4).

Los trastornos enuréticos y encopréticos hacen parte de la interfase arriba mencionada y son revisados aquí desde la perspectiva del desarrollo, la de la morbilidad orgánica y finalmente desde la patología mental.

Al Trastorno Deficitario de la Atención e Hiperactividad le hemos dedicado tres espacios: una revisión concisa y práctica del síndrome, una revisión sobre su comorbilidad con los trastornos del aprendizaje y una revisión sobre su relación con las alteraciones otológicas. Los aspectos psicopatológicos de niños con inteligencia límite ha sido un campo poco explorado y su revisión debe ser de gran utilidad para el lector, al igual que la incursión al tema de la medicina comportamental como herramienta de solución de gran cantidad de patologías.

No podemos ser ajenos a la problemática de la juventud colombiana y de tantos países latinoamericanos y por esto hemos incluido tres artículos que representan esta realidad. Los efectos psicológicos del terrorismo y la generación de resiliencia en los niños, la presentación psicológica del duelo y su afrontamiento y el drama psicopatológico de abuso sexual. Todos tres revisados desde una óptica biopsicosocial.

Aspiramos a que el lector encuentre las lecturas útiles para el mejor desarrollo de su práctica diaria. Todo el material representa el estado del arte a la fecha. Nos queda claro que así existan importantes logros en el campo de la salud mental infantil que pueden ser puestos en práctica hoy, se requiere de mayor desarrollo no solo en el reconocimiento de la etiología, sino en la práctica terapéutica psicológica y farmacológica y en la intervención social cuyo foco debe ser la prevención de trastornos que aquí ofrecemos para su lectura.

---

---

## Referencias

- |  |   |
|--|---|
| (1) Chaskel R. Depresión y Suicidio en Niños y Adolescentes, En: Ramos N. et al, Pediatría Pediátrica Vol. 2, pags. 1135-1142, Universidad El Bosque, Colección Médica, 2004 | (3) International Classification of Disorders, Chapter V, 10th Edition, World Health Organization, 1999   |
| (2) Diagnoseschlüssel un Glosar Psychiatrischer Krankheiten, Springer Verlag, Berlin, 1975   | (4) Rapoport J. et al. Obsessive Compulsive Disorder, en Rutter M. et al, Child and Adolescent Psychiatry, pags. 441 -454 Blackwell Science, London, 1994 |

---

1. Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Hospital Militar Central. Universidad Militar Nueva Granada. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia

# DEPRESIÓN DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Juan David Palacio O.\*

## Introducción

Este artículo tiene dos objetivos primordiales: el primero familiarizar al médico no psiquiatra con la presentación más común de un cuadro depresivo en niños y adolescentes y en segundo lugar responder algunas preguntas que surgen sobre el tratamiento farmacológico.

## Epidemiología

En nuestro país estudios de comunidad encuentran que un 19% de la población adulta presenta depresión en cualquier momento de la vida (1) pero no hay estudios de prevalencia en menores de 18 años, sin embargo se estima cercana a la de otros países el 2% en niños y el 5% en adolescentes.

## Etiología y Patogénesis

Se han estudiado diferentes hipótesis para el desarrollo de la depresión y al igual que en los adultos, se sabe que en estos pacientes existe una susceptibilidad innata para el desarrollo de la depresión y que los factores ambientales desencadenan la aparición y determinan la severidad de los episodios depresivos. En este sentido es importante considerar que otros estresores de menor intensidad para los adultos pueden ser significativos para los niños, como cambio de casa o ciudad, cambio de vecindario de un amigo, cambio de colegio, la muerte de su mascota, etc.

Uno de los estudios más contundentes de esta interacción entre los genes y el ambiente, describe el "Polimorfismo disfuncional en el gen transportador de serotonina (5-HTT)", el cual es un gen moderador de la influencia de eventos vitales estresantes en un individuo. Se compararon los 2 grupos y se observó que los individuos con 1 ó 2 copias del alelo corto tienen más síntomas depresivos, diagnósticos de depresión e ideación suicida, que los individuos homocigotos con el alelo largo, expuestos a igual números de estresores (2).

La pérdida de respuesta de liberación de la hormona de crecimiento ante el factor liberador de la hormona, encontrada en los adultos con depresión, también se encuentra en los niños sometidos a estrés crónico, lo que sugiere un compromiso del eje HHP.

\*Médico Psiquiatra Infantil, Universidad de Antioquia

Las anomalías neurobiológicas en la corteza dorso lateral prefrontal, tanto por espectroscopia como por RMN, podrían indicar que además de la amígdala y el sistema límbico, también está involucrada en la patofisiología de la depresión.

## Antecedentes Familiares

Aquellos casos de depresión de comienzo temprano se asocian a una historia familiar de trastornos afectivos en un 50% a 80%, y también se asocian a altos niveles de agregación familiar de depresión, alcoholismo, y trastornos de ansiedad.

Por otra parte, es importante indagar por el estado mental de los padres, no solo como un antecedente familiar, sino también como un factor involucrado en la interacción entre el paciente y sus padres y que puede alterar el pronóstico.

Las dificultades con familiares pueden continuar aún después de mejorar la depresión, es decir, pueden verse como un factor mantenedor o como una consecuencia de la depresión. La disfunción familiar no es patogénica en la mayoría de los casos, pero favorece la recurrencia de la depresión.

## Diagnóstico

El diagnóstico de un episodio depresivo mayor (EDM) es primordialmente clínico y los exámenes de laboratorio se realizan solo cuando se requiere descartar otras patologías como anemia, hipotiroidismo, consumo de sustancias, etc.

El diagnóstico se realiza obteniendo la información de la entrevista del paciente, la familia, y el examen mental del paciente. Es importante anotar la evolución de la sintomatología al igual que posibles factores asociados al comienzo o la exacerbación de los síntomas.

Los reportes de padres y maestros pueden diferir enormemente, y no es de extrañar, pues los maestros generalmente describen los cambios relacionados con el comportamiento perturbador, mientras que los padres, reportan otros síntomas como el sueño y el apetito. Con el paciente se puede explorar síntomas emocionales subjetivos como tristeza, anhedonia, ideas de minusvalía, culpa y quizás de muerte.

En el cuadro No 1 aparecen los criterios para el diagnóstico de EDM según el Manual Estadístico Diagnóstico (3). Los criterios provienen originalmente de poblaciones de adultos, pero en las últimas décadas se validó su uso para el diagnóstico de la población infantil y del adolescente. Existen algunas excepciones y variaciones en la expresión de la depresión según el grupo de edad, y que merecen explicación.

**Cuadro No 1.**

Criterios diagnósticos para el Episodio Depresivo Mayor (DSM-IV-TR) (3)	
A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representen un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) ó (2).	
(1)	Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).*
(2)	Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto o lo que observen los demás).
(3)	Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, a pérdida o aumento del apetito.**
(4)	Insomnio o hipersomnia
(5)	Agitación o entorpecimiento psicomotor
(6)	Fatiga o pérdida de energía
(7)	Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes)
(8)	Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión
(9)	Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida o plan/intento para suicidarse.
B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio afectivo mixto (manía y depresión a la vez).	
C. Los síntomas provocan malestar o funcionalmente significativo o deterioro social, académico o de otras áreas.	
D. Los síntomas no son debidos a los efectos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o enfermedad (p. ej., hipotiroidismo).	
E. Los síntomas no se explican por la presencia de un duelo (p. ej., pérdida de un ser querido).	
*En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable	
**En niños hay que valorar el fracaso en lograr el aumento del peso esperable	

## Cuadro Clínico

En la depresión hay tres síntomas cardinales: tristeza patológica (o irritabilidad), anhedonia y adinamia.

### Tristeza patológica y/o irritabilidad

Uno de los síntomas cardinales en los adultos, la tristeza patológica, puede estar ausente en muchos niños, y en su lugar verse un cambio del ánimo manifestado por irritabilidad (o baja tolerancia a la frustración). El adolescente puede describirse así mismo como desesperanzado, desanimado o “como sin salida”, con irritabilidad (arranques de ira) o por otra parte con un sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia.

### Anhedonia

Es la pérdida del placer en las actividades que usualmente se disfrutaban, y puede presentarse cambiando según las actividades que se le presentan al niño o adolescente. Es así como un adolescente deprimido

sale a comer o de fiesta con sus amigos; sin embargo, en consulta reporta no tener las mismas “ganas de siempre”, o de sentirse frecuentemente aburrido cuando realiza estas actividades. Los pacientes con EDM están menos interesados en sus aficiones, y se quejan de que “han perdido el interés”.

### Adinamia y fatiga

Son habituales la falta de energía, el cansancio y la fatiga. Una persona puede referir una fatiga persistente sin hacer ejercicio físico, incluso el menor trabajo parece requerir de un gran esfuerzo. En la experiencia del autor cinco casos presentaron inicialmente adinamia marcada, sin otra sintomatología depresiva; estos sujetos presentaban una dificultad marcada para permanecer en actividad durante todo el día, en el colegio se recostaban sobre el pupitre, y en casa permanecían en la cama. Los pacientes tenían dificultad para explicar su experiencia subjetiva.

### Otros Síntomas Depresivos

Para diagnosticar un cuadro de EDM, además de presentar tristeza patológica o anhedonia, el sujeto debe experimentar por lo menos otros cuatro síntomas. Véase cuadro No 1.

### Ideas de minusvalía y de culpa

Con el sentimiento de inutilidad o de culpa asociado a un EDM pueden presentarse evaluaciones negativas no realistas de la propia autoestima, o preocupaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados. También los sujetos suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos neutros o triviales de manera negativa y los toman como pruebas de sus defectos personales.

### Disminución de atención y concentración

Muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones, incluso semanas antes de presentar el cuadro completo de EDM, por esto es relevante evaluar al joven que comenta disminución en su rendimiento académico a pesar de tener un historial de excelentes logros en el colegio.

### Cambios en apetito y sueño

En los adolescentes con EDM se presenta con mayor frecuencia la pérdida de apetito, pero también pue-

den tener lo contrario, avidez por carbohidratos. La pérdida de peso no siempre es evidente y en los niños con depresión se debe buscar más el fracaso para adquirir un peso apropiado para la edad.

### Ideas de muerte

Entre mayor es la edad del sujeto con depresión, mayor es la posibilidad de presentar y expresar las ideas relacionadas con la muerte y el suicidio. Los niños expresan ideas de muerte pasiva: “quisiera morir en un accidente”, “quedarme dormido, o amanecer muerto”. Las ideas sobre el suicidio son más frecuentes en los adolescentes y se debe indagar desde hace cuánto tiempo se presentan, si causan incomodidad al sujeto y si existe algún plan concreto para el suicidio. La peligrosidad de un plan se evalúa según la precisión en los detalles sobre: lugar y momento para realizarlo, el método y por la posibilidad de que alguien lo socorra (por ejemplo: mayor riesgo si no hay nadie en casa).

### Otros síntomas asociados

Algunas características que no hacen parte de los criterios diagnósticos, pero de presentación común son los temores, ansiedades, preocupaciones, y otras quejas como: cefalea, epigastralgia y dolores articulares especialmente en los niños. En los adolescentes los pensamientos obsesivos, las ideas autolesivas, la ingesta de sustancias, los problemas en las relaciones personales y las interacciones sociales son manifestaciones que acompañan comúnmente a la depresión.

### Depresión Enmascarada

El médico no psiquiatra debe estar atento a la presentación de una depresión enmascarada, que en niños pequeños puede observarse inicialmente como un trastorno de ansiedad, quejas de dolor, o por bajo rendimiento académico y en adolescentes en cambio, se puede manifestar por un consumo copioso de alcohol (sustancias) o problemas intrafamiliares. En otros adolescentes, los episodios depresivos mayores pueden estar enmascarados con un trastorno disocial de la conducta o con trastornos de la conducta alimentaria. Véase Tabla No 1.

### Comorbilidad de la depresión

La coexistencia de otro trastorno mental en un paciente con un trastorno mental previo se denomina comorbilidad. Como se observa en la tabla 2, existen enfermedades médicas generales (EMG) que poseen un mayor riesgo de producir depresión y algunos trastornos psiquiátricos comórbidos con la EDM.

### Repercusiones de la depresión

Como repercusión se puede considerar en los niños un aumento de las consultas al médico no psiquiatra y el bajo rendimiento académico. En adolescentes, un estudio colombiano, realizado en un grupo de estudiantes de educación media de Bucaramanga, concluyó que existe una asociación importante entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol (4).

La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es el suicidio. El riesgo de suicidio es especialmente alto en los sujetos con síntomas psicóticos, uso concomitante de sustancias, historia de intentos de suicidio previos e historia familiar de suicidio consu-

Grupo de edad	Niños (6-12 años)	Adolescentes (13 a 18 años)
<b>Clínica</b> (Síntomas frecuentes *)	Anhedonia Irritabilidad Ansiedad. Menos síntomas como cambios en sueño y apetito. Disminución de la concentración	Cambios en el sueño: Hipersomnias Aumento del apetito Entorpecimiento motor Fatiga (adynamia). Ideas de minusvalía
<b>Comorbilidad</b>	T. de ansiedad T. Déficit de Atención con Hiperactividad	T. de la conducta disocial Consumo de sustancias

\* Los síntomas enunciados no son exclusivos de un grupo o el otro, simplemente pueden ser más prevalentes.

**Tabla No 1.**  
Presentación de síntomas según las edades

EMG y Medicaciones que cursan con el EDM	Trastornos psiquiátricos que cursan con el EDM
<p>Producen mayor riesgo de comorbilidad con depresión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabetes Mellitus</li> <li>- Asma</li> <li>- Epilepsia</li> <li>- Lupus Eritematoso Sistémico</li> <li>- Parálisis Infantil</li> <li>- Otros trastornos neurológicos</li> </ul> <p>EMG que tiene síntomas depresivos:</p> <p>Hiperactividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- IEB.</li> </ul> <p>Medicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Isotretinina</li> <li>- Esteroles</li> <li>- Medicamentos anti-ácido</li> </ul>	<p>Trastornos afectivos y de ansiedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distoria</li> <li>- Trastorno de Ansiedad por Separación</li> <li>- Trastorno de Ansiedad Generalizada</li> <li>- Fobia Social</li> <li>- Trastorno Obsesivo Compulsivo</li> </ul> <p>Trastornos de la conducta perturbativa ("disruptivos"):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TDAH</li> <li>- Trastorno oposicionista y desafiante</li> <li>- Trastorno disocial de la conducta</li> </ul> <p>Otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultades de aprendizaje</li> <li>- Abuso y Dependencia de Alcohol y sustancias</li> </ul>

**Tabla No 2.**  
Comorbilidades con el EDM

mado. Algunos autores describen las características más salientes de los menores con intento de suicidio y sus familias (5-11).

## Tratamiento para la depresión

De manera práctica se intentará responder a 3 preguntas que surgen antes del manejo.

- ¿Cuándo se da un tratamiento para la depresión?

En los casos de EDM de sintomatología leve y pocas repercusiones se podría realizar un seguimiento cada 15 días para verificar como está el desempeño del sujeto y si aumentan las repercusiones se considerará que el cuadro es moderado o severo. Por lo general, cuando un paciente cumple con los criterios diagnósticos enunciados y presenta repercusiones claras por la EDM se debe iniciar un tratamiento. Un abordaje de tratamiento completo debe incluir educación a los padres y al niño sobre la EDM, apoyo académico extracurricular, psicoterapia individual, tratamiento farmacológico y en algunos casos, intervención o terapia de familia. En este artículo solo se enunciarán los principios del tratamiento farmacológico. Una discusión más amplia de cuándo dar medicación puede encontrarse en otra parte (12).

- ¿Qué medicación se da como tratamiento?

El "Texas Children`s Medication Algorithm Project" sugiere realizar ensayos terapéuticos con un medicamento y cambiarlo si no hay una respuesta a las 8 semanas. Se sugiere comenzar con uno de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) y en segundo lugar probar con otro ISRS. Pocos casos requerirán una medicación diferente como bupropion, mirtazepina, o antidepresivos tricíclicos o una combinación de los anteriores (13).

La respuesta de los ISRS en los adolescentes con depresión es superior al placebo y a la de los antidepresivos tricíclicos (imipramina, amitriptilina y otros) (14-16).

- ¿Qué dosis?

La dosis del medicamento varía según el peso del paciente, pero en general pueden usarse entre el 25% y el 50% de la dosis utilizada para los adultos. En niños es recomendable comenzar con dosis bajas y aumentar gradualmente después de la primera revisión del tratamiento. Muy pocas veces es necesario aumentar los ISRS a las dosis máximas. En la tabla No 3 se mencionan los ISRS disponibles en Colombia con sus respectivas dosis.

Dosis de los ISRS en los niños y adolescentes		
Medicación	Dosis Indicada	Dosis Máxima**
Fluoxetina *	8 - 20 mgs	40 mgs
Citalopram	10 - 20 mgs	40 mgs
Paroxetina	10 - 20 mgs	40 mgs
Fluvoxamina	25 - 100 mgs	150 mgs
Sertralina	25 - 100 mgs	150 mgs

\* Es la única con presentación en suspensión.  
\*\* Dosis máximas para adolescentes (>40 kilos)

**Tabla No 3.**

- ¿Por cuánto tiempo?

La depresión es una enfermedad crónica y amerita que se continúe el tratamiento hasta 9 a 12 meses después de la mejoría clínica. Explicar a los padres estos aspectos es importante, pues muchos optan por suspender el tratamiento en cuanto notan mejoría en sus hijos. La suspensión de la medicación antes de este tiempo se asocia con un mayor índice de recaídas.

Un tratamiento adecuado debe incluir un abordaje completo de las necesidades escolares y familiares y en aquellos casos de depresión con comorbilidad, el tratamiento oportuno de los trastornos asociados. El tratamiento de casos de TDAH y depresión debe incluir un tratamiento para cada una de las patologías (17).

- ¿Cuándo remitir a un paciente al psiquiatra?

Los siguientes pueden considerarse parámetros generales para remisión de un paciente con EDM al psiquiatra infantil:

- EDM severo (ej: un episodio que produce gran incapacidad al paciente).
- EDM acompañado de otro trastorno psiquiátrico (ej: abuso de alcohol y/o sustancias).
- Paciente con historia familiar de EDM resistente a tratamiento.
- Paciente con historia familiar de trastorno afectivo bipolar (TAB).
- EDM con pobre respuesta al tratamiento.
- Paciente con antecedente de conductas autolesivas o amenaza de suicidio.
- EDM en el marco de una disfunción familiar severa.

- Depresión atípica (es decir, con síntomas como hiperfagia, hipersomnolia o letargia)
- Depresión con síntomas psicóticos (alucinaciones y/o ideas delirantes).

## Curso y evolución

Un niño o adolescente en tratamiento puede tardar 2 ó 3 meses para estar nuevamente en condiciones óptimas y responder por sus actividades como el estudio. La ayuda remedial (opciones para recuperar logros) o un apoyo

extracurricular (profesor en casa, psicopedagogo) y una psicoterapia pueden marcar la diferencia en este proceso de recuperación. En los casos más moderados es conveniente incapacitar al paciente durante un par de semanas, y en los más severos considerar la hospitalización.

Finalmente, la depresión es una enfermedad crónica manifestada por episodios agudos, por ello es importante comentar con los padres, la posibilidad de que presente otro EDM en el transcurso de la vida del paciente.

---



---

## Referencias

- (1) Torres de G Y, Montoya ID (1997). II Estudio de salud mental y sustancias psicoactivas. Medellín: Ministerio de Salud
- (2) Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R. Association between serotonin transporter gene promoter polymorphism (5HTTLPR) and behavioral responses to tryptophan depletion in healthy women with and without family history of depression. *Science* 2003; 301: 386-389
- (3) American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, D.C.: American Psychiatric Association
- (4) Rodríguez DC, Dallos CM, Gonzalez SJ. Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. *Cad Saude Publica* 2005; 21:5: 1402-1407
- (5) Vásquez-Rojas RA. Intento de suicidio en el Hospital Pediátrico. *Actu Pediatricas Fund Santafe* 1994; 4: 98-103
- (6) Vásquez-Rojas RA. Intento de suicidio en adolescentes: Tristeza y conflicto familiar. *Act Pedia Fund Sta Fe Bogota* 1991; 1: 56-59
- (7) Campo G, Roa JA, Perez A, Salazar O, Piragauta C, Lopez L, Ramirez C. Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. *Colombia Médica* 2003; 34 (1): 9-16
- (8) Sanchez R, Cáceres H, Gómez D. Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Biomédica* 2002; 22: 407-416
- (9) Sanchez R, Orejarena S, Guzmán Y, Forero J. Suicidio en Bogotá: un fenómeno que aumenta en poblaciones jóvenes. *Biomédica* 2002; 22: 417-424
- (10) Sanchez R, Cáceres H, Gómez D. Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Rev Colombiana de Psiquiatría* 2006;
- (11) Sanchez R, Guzmán Y, Cáceres H. Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Rev Colombiana de Psiquiatría* 2005; 34:1: 12-25
- (12) Chaskel R. Depresión en niños y adolescentes. Cuando dar medicación. *Acta Neurol Colomb* 2006; 22: 195-200
- (13) Hughes CW, Emslie GJ, Crismon ML, Wagner KD, Birmaher B, Geller B, Pliszka SR, Ryan ND, Strober M, Trivedi MH, Toprac MG, Sedillo A, Llana ME, Lopez M, Rush AJ. The Texas Children's Medication Algorithm Project: report of the Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Major Depressive Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 1442-1454
- (14) Emslie GJ, Rush AJ, Weinberg WA, Kowatch RA, Hughes CW, Carmody T, Rintelmann J. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 1031-1037
- (15) Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, Perel J, Nelson B. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 1427-1439
- (16) Birmaher B, Brent DA, Benson RS. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 1234-1238
- (17) Palacio JD. Tratamiento Farmacológico. En: Déficit de Atención e Hiperactividad. Bases Genéticas, Clínicas y Terapéuticas, Fundación Gradas, ed. Bogotá: Quebecor World Bogotá S.A; 2006, 245-261.

# TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO: ÉNFASIS EN EL PACIENTE ESCOLAR

Mauricio Escobar Sánchez\*\*  
Angélica María Arciniegas\*  
Elizabeth Angélica Beltrán\*  
Karyn Andrea Gutierrez\*

## Introducción

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es un desorden neuropsiquiátrico altamente hereditario, que hace parte de un espectro de desórdenes caracterizados por comorbilidades, familiaridad y dificultad en la inhibición de comportamientos repetitivos inapropiados (1).

Se tiene claro que experimentar ocasionalmente pensamientos no deseados o comportamientos en forma repetitiva con algún monto de ansiedad transitoria, pueden ser considerados como parte de la experiencia humana normal (2).

Sin embargo, para llegar a un diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo se exige la presencia durante un tiempo mayor a 1 hora por día, de obsesiones o compulsiones; además debe existir marcada angustia con las primeras (3) y en general, ambas deben interferir significativamente con el funcionamiento cotidiano (4).

Múltiples investigaciones y más de una década de estudios y de adquisiciones científicas han llevado al Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, (DSM) a la separación del trastorno obsesivo compulsivo de los trastornos de ansiedad y a ubicarlo en una categoría autónoma (4). Sin embargo, aun se considera parte de ese gran espectro.

Las obsesiones se definen como ideas, pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos, no deseados y recurrentes que la persona suele identificar como absurdos, exagerados o contrarios a su personalidad. Como característica clínica en los niños y en algunos adolescentes esto se vive y se mantiene como un gran secreto, situación que dificulta la exploración inicial.

Por otra parte, las compulsiones son comportamientos o actos repetitivos, a manera de rituales, que el sujeto se siente obligado a realizar de una forma específica para aliviar la tensión o ansiedad que le generan las ideas obsesivas, las cuales ceden temporalmente si la ejecución del ritual no se interrumpe (5). Estas dos conductas experimentadas por el paciente que padece TOC tienen ciertas similitudes, pues se manifiestan de manera per-

sistente en la persona, ambas son egodistónicas y se autorreconocen como absurdas e irracionales con gran deseo de resistirse a ellas (6).

Su fisiopatología ha sido motivo de controversia y la búsqueda de genes que contribuyan a su manifestación ha sido limitada, porque al ser una enfermedad de compromiso heterogénico no se diferencian subgrupos genéticamente homogéneos mediante el uso de síntomas y signos (marcadores fenotípicos) (7). Su diagnóstico también es motivo de investigación y el objetivo es realizar tempranamente el diagnóstico, antes de que se den sus manifestaciones clínicas, pues su presencia genera gran impacto en la calidad de vida de quienes lo padecen, lo cual es favorecido por las comorbilidades que padecen estos pacientes provocando mayores consecuencias en el desenvolvimiento social y laboral (8). Siendo una enfermedad crónica, su inicio temprano se relaciona con repercusiones que cubren por completo su ciclo vital (9). Un estudio realizado por Hollander et al. menciona que el intervalo entre el inicio de los síntomas y la instauración de un tratamiento adecuado puede demorarse hasta 17 años (10).

## Epidemiología

El TOC es una enfermedad crónica que causa gran malestar clínico al paciente y su familia. Su prevalencia en niños y adolescentes puede variar del 0,25 al 3,5% y aumenta con la edad. La prevalencia en nuestra población escolar es de alrededor al 8% (10).

Es mucho más común de lo que se pensaba hace 20 años (11). Un estudio ha estimado recientemente una prevalencia en la población general de 2% y aunque estos datos no sugieren gran alarma la evidencia ha demostrado que contrario a lo que tradicionalmente se cree TOC no es un desorden infrecuente, lo que sucede es que los individuos que padecen este trastorno se rehúsan a divulgar sus síntomas y consultan poco, debido a la falta de introspección de su enfermedad, particularmente los niños (10) y solo aquellos que presentan manifestaciones severas acuden al especialista (11).

Lo anterior debido a que el individuo que padece los síntomas presenta una impresión subjetiva de estar-

\*\*MD-Psiquiatra Infantil y del Adolescente  
\*Estudiantes UNAB.



se volviendo loco, al notar el poco control que presenta de manera recurrente sobre sus pensamientos o sobre sus actuaciones (3).

Afecta en su mayoría a adultos jóvenes y tiene gran impacto en la esfera social, emocional y laboral (12). La aparición del trastorno en la infancia es alrededor de los 10 años y es más común en los varones, a la inversa de las edades mayores donde tiende a ser predominantemente femenino (2).

TOC causa el deterioro clínico y puede ocurrir hasta en el 3% de los niños y adolescentes (13). Es el cuarto trastorno psiquiátrico más común después de las fobias, los trastornos relacionados con sustancias, y el trastorno depresivo mayor (6). A su vez es considerado un problema para la economía ya que las consecuencias del trastorno obsesivo compulsivo son dramáticas y se estima en \$ 5 mil millones de dólares al año en costos directos de tratamiento en E.U (4). De la misma manera el 59,5% de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo en todo el mundo no reciben tratamiento alguno para su trastorno (4).

Como se comentó anteriormente estos pacientes padecen comorbilidades asociadas, entre las que cuales suelen padecer otros trastornos mentales. La prevalencia a lo largo de la vida de un trastorno depresivo mayor en personas con este trastorno es de 67% y fobia social sobre un 25% otros trastornos psiquiátricos asociados son los trastornos inducidos por alcohol, la fobia específica, el trastorno de angustia y trastornos de la conducta alimentaria (6).

## Fisiopatología

Se considera que el trastorno obsesivo compulsivo es una enfermedad heterogénea y por lo tanto se plantean tres hipótesis de probables causas de esta etiología entre las cuales están los factores biológicos, los factores conductuales y por último los factores psicosociales y psicodinámicos.

Entre los factores biológicos podemos hacer referencia en primer lugar a la hipótesis de los neurotransmisores en la que se establece que una alteración en la regulación de la serotonina esta implicada en la formación de los síntomas obsesivos y compulsivos de este trastorno (6).

Por medio de imágenes cerebrales se ha llegado a descubrir que tanto en la tomografía computarizada como la resonancia magnética hay una disminución bilateral del tamaño de los caudos en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo (6) lo que nos demuestra una alteración física en estos pacientes.

Sumado a esto, un estudio refiere que existe alteración en el circuito estriatal de la corteza órbita frontal, importante en la motivación del comportamiento, la cual esta envuelta en la fisiopatología del trastorno (14).

Otro aspecto biológico recae en la genética del individuo pues se ha determinado un riesgo relativo mayor de sufrir desórdenes de ansiedad en los parientes de primer grado de consanguinidad de los que padecen TOC, que oscilan entre 11 a 19%. Adicionalmente diversos estudios han encontrado una concordancia entre gemelos monocigóticos de 53% a 87% frente a 22% a 47% en dicigóticos (15).

Un estudio de 107 familias de pacientes con TOC sugiere la existencia de un modelo de transmisión genética autosómico dominante con penetrancia mayor en las mujeres; aunque estudios epidemiológicos sugieren hasta el momento igual prevalencia en ambos sexos (16).

La hipótesis más controversial en los últimos tiempos ha sido la llamada hipótesis infecciosa, la cual describe un subconjunto de niños que presentan aparición súbita de TOC y trastornos de tic que se producen una semanas después de una infección por estreptococos Beta hemolítico del grupo A, sin embargo los autores refieren que aún no se cuenta con evidencia grado A en cuanto a la relación (17).

Los factores conductuales hacen referencia a que las compulsiones se establecen cuando una persona descubre que cierta acción reduce la ansiedad asociada a un pensamiento obsesivo o estímulo condicionado y entonces desarrolla estrategias activas de evitación en forma de compulsiones o rituales con el fin de controlar la ansiedad (6).

Y por último, los factores psicodinámicos creados por Sigmund Freud, que describen tres mecanismos de defensa principales que determinan la forma y la cualidad de los síntomas obsesivos y de los rasgos caracterológicos, el aislamiento, la anulación y la formación reactiva (6).

## Características clínicas

Dentro de los patrones sintomáticos las manifestaciones de las obsesiones y las compulsiones son heterogéneas en los adultos, en los niños y en los adolescentes; sin embargo dentro de lo que se refiere a las compulsiones, las más típicas incluyen rituales de limpieza y aseo, verificación o revisión, conteo de objetos, palabras, secuencias de números o movimientos, repetición de ciertos actos de manera específica, ordenar y arreglar, atesoramiento de objetos inservibles y necesidad de preguntar o confesar (2).

Se ha visto que los síntomas de un paciente pueden cambiar con el tiempo, en especial en los adolescentes en quienes los estudios reportan drásticos cambios de los síntomas (18), sin embargo durante su seguimiento se observan los mismos patrones sintomáticos principales.

La primera dimensión está caracterizada por obsesiones y compulsiones que tienen en común una necesidad de orden y simetría que puede conducir a lentitud.

La segunda está compuesta por obsesiones somáticas sexuales, religiosas y agresivas; además de compulsiones de comprobación, debidas a la llamada "duda patológica" caracterizada porque los pacientes tienen autodesconfianza obsesiva y siempre se sienten culpables de haber olvidado o haber hecho algo.

La tercera incluye una obsesión con la contaminación y compulsiones de lavado y limpiado, además de evitación compulsiva del objeto supuestamente temido (6).

Y por último, otros patrones sintomáticos como tricotilomanía y onicofagia pueden estar relacionados con el trastorno (18).

En la tabla 1 se aclaran aquellas diferencias que se han encontrado, dadas por el sexo. Además otras características basales como la edad de inicio, tics y comorbilidades o desórdenes de la personalidad entre otros, pueden afectar su sintomatología.

Más de la mitad de los pacientes inician sus síntomas de forma súbita. No obstante, en un 50% a un 70% comienza tras un acontecimiento estresante.

La mayoría de pacientes logran mantener sus síntomas en secreto, pasando de 5 a 10 años hasta que consultan a un psiquiatra.

El curso acostumbra a ser largo y variable; algunos pacientes experimentan fluctuaciones en su curso y para otros es constante (6).

## Diagnóstico

Generalmente es clínico, basado en los criterios del DSM-IV (6). Ver tabla 2.

Se logra a través de una entrevista clínica completa y pruebas específicas como la escala de Yale-Brown para obsesiones y compulsiones, que además de precisar cuáles son los síntomas claves, ayuda a cuantificar el grado de gravedad del trastorno y realizar el seguimiento de la mejoría una vez sea iniciado el tratamiento (4). Sumado a esto, al ser una enfermedad multigenética se ha tratado de encontrar fenotipos intermedios que representen el riesgo genético para desórdenes como este,

lo que permitiría tratar en gran medida a estos pacientes antes de que se presente la sintomatología (19).

En el examen del estado mental se encuentran síntomas de trastorno depresivo en un 50% de los pacientes con TOC. Algunos tienen rasgos característicos que sugieren la presencia de TOC pero en la mayoría no los hay.

## Tratamiento

Existen datos muy limitados sobre el tratamiento de la población de pacientes pediátricos con TOC, especialmente, sobre la seguridad de usar en ellos psicofármacos.

Sin embargo un estudio presenta el tratamiento de tres pacientes escolares (con edades que oscilan entre los 4 y 5 años) con TOC; de los cuales dos presentaban obsesiones severas con temas sexuales, agresivos, religiosos y pensamientos prohibidos, mientras que el otro manifestaba obsesión por la limpieza. Los resultados de la observación, seguimiento y exámenes de laboratorio, físicos y neurológicos no revelaron ninguna anomalía. Los resultados mostraron una resolución de los síntomas después de la iniciación de monoterapia con 50mg/día de sertralina más 0.5mg/día de risperidona (20).

De igual manera, la evidencia bibliográfica indica la combinación de ciertos fármacos para el tratamiento del TOC; en un estudio se seleccionaron al azar a cuarenta pacientes con un diagnóstico de TOC por el DSM-IV y 20 de estos fueron tratados solo con fluoxetina, los 20 restantes con fluoxetina más gabapentina durante 8 semanas.

En este estudio, la severidad fue determinada por la escala obligatoria Yale-Brown y se encontró que no hubo diferencia significativa en la respuesta entre ambos grupos. Sin embargo, se encontró mejoría significativa en el grupo de fluoxetina más gabapentina en la segunda semana y concluyen que adicionar gabapentina al tratamiento con fluoxetina es una estrategia preferible, porque parece que acorta el tiempo del inicio contra obsesivo de la fluoxetina (21).

En cuanto al tratamiento del TOC refractario definido como la no disminución del cuadro según la escala de Yale-Brown después del tratamiento de 16 semanas con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SRIS), se ha evidenciado en ciertos estudios la adición de risperidona a dosis de 1 a 3 mg/día y olanzapina a dosis de 2.5 a 10 mg/día por 8 semanas, lo cual genera resultados equivalentes en ambos grupos sin que haya ninguna diferencia en ellos. No obstante, se reportó una variedad de efectos adversos, siendo la amenorrea en la risperidona y el aumento de peso en la olanzapina los más importantes (22).

El otro pilar fundamental para el tratamiento del TOC es la terapia cognitivo-conductual, que se ha examinado a la luz de la evidencia médica junto con el manejo farmacológico, y se ha distribuido en tres tiempos como son el pre-tratamiento, el postratamiento y el seguimiento por tres meses; en un estudio se aleatorizaron 40 niños y adolescentes con rango de edad 7 a 17 años, los cuales recibieron 14 sesiones de terapia cognitivo-conductual intensiva o semanales, respectivamente.

En los resultados de esta investigación, se evidenció que la terapia intensiva fue tan eficaz como la semanal con algunas ventajas presentes inmediatamente al tratamiento (23).

## Pronóstico

Al realizar una búsqueda intensiva se encontró un metanálisis de 22 artículos que presentaban un seguimiento entre 1 y 15,6 años, destacando tasas de persistencias para TOC de 41%; de igual manera se encontró que la edad temprana de inicio del TOC, hos-

pitalizaciones, presencia de alguna otra comorbilidad psiquiátrica (trastorno depresivo mayor) y pobre respuesta inicial al tratamiento del TOC fueron factores predictores para la persistencia de este trastorno (24). Por el contrario se predice buen pronóstico en los que tienen buen ajuste social y laboral y naturaleza episódica de los síntomas.

En general 20 al 30% presentan mejoría notable, en 40 al 50% la mejoría es moderada, y entre un 20 y 40% continúan enfermos o sufren empeoramiento de sus síntomas (6).

## Conclusión

Por lo que se especula actualmente en cuanto a la patogénesis de esta enfermedad consideramos que hay polimorfismos genéticos funcionales, que generan disfunciones que determinan alteraciones en los sistemas neurotransmisores dopaminérgicos y serotoninérgicos.

Además la persistencia a largo plazo de este trastorno en población pediátrica podría ser más alta de lo que se cree.

### A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

*Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4:*

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos
2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
3. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
4. La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

*Las compulsiones se definen por 1 y 2:*

1. Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente
2. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

- B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Nota: Este punto no es aplicable en los niños.
- C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.
- D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud

**AVISO VALCOTE  
ABBOTT**

por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipochondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

- E.** El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

*Especificar si:*

Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

**Tabla 2.** Criterios diagnósticos para TOC según DSM-IV

### Referencias

- Samuel R, Chamberlain MA, Naomi A, Fineberg M, Lara A, Menzies B, et al. Impaired cognitive flexibility and motor inhibition in unaffected first-degree relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2007. 164:335-8.
- Koran L, Thienemann L, Davenport R. Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1996.153:783-8.
- Sánchez R, Rodríguez Jorge. *Fundamentos de Psiquiatría Clínica*. Sánchez Rodríguez – Losada Editores. 2003. 136.
- Dell'Osso B, Altamira A, Mundo E, Marazziti D, Hollander E. Diagnosis and Treatment of Obsessive-compulsive Disorder and Related Disorders. *Int J Clin Pract*. 2007. 61: 98-104.
- American Psychiatric Association, 1994.
- Kaplan H, Benjamin J, Sadock J. *TOC sinapsis de psiquiatría*. Editorial Medic Panamericana S.A. 2000.
- Samuel R, Chamberlain M, Naomi A, Fineberg M, Lara A, Menzies B, et al. Impaired cognitive flexibility and motor inhibition in unaffected first-degree relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2007. 164:345 - 9.
- Rasmussen S, Eisen J. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1992. 4-10.
- Knapp M, Henderson J, Patel A. Costs of Obsessive-Compulsive Disorder: A Review. *Obsessive-Compulsive Disorder*. 2002.
- Rueda G, Díaz L, Escobar M, Franco J, Navarro A, Cadena L. Validation of the short version of the Leyton obsessional inventory for children and adolescents in Bucaramanga, Colombia. *Aten Primaria*. 2007. 39:75-80.
- Rapopor J. Obsessive Compulsive Disorder. An Expert Interview. Posted 04/30/2007.
- Rodríguez B, Dolengevich H, Arrojo M, Castelli P, Navio M, Perez M, Saiz J, Baca E. Perceived quality of life in obsessive-compulsive disorder: related factors. *BMC Psychiatry*. 2006. 6:20.
- Accurate Diagnosis and Methodical Treatment Approach Important In the Management of OCD in Children and Adolescents. *Drug Ther Perspect*. 2000. 16:4-7.
- Remijnse L, Nielen M, Van Balkom A, Cath D, van Oppen P, Uylings H, Veltman D. Reduced orbitofrontal-striatal activity on a reversal learning task in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006. 63:1225-36.
- Rasmussen y Tsuang y Nestadt. 2000.
- Baer L. Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *J Clin Psychiatry*. 1994. 55:18-23.
- Children Treated for GAS Infection Not at Increased Risk for PANDAS Symptoms. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004. 158:848-56.

## ENURESIS Y ENCOPRESIS

Hernán Darío Giraldo C.<sup>1</sup>

### Introducción

La enuresis, definida como la emisión involuntaria de orina en un período del desarrollo del individuo en el que se esperaría un control voluntario de la micción, es un problema frecuente y constituye un motivo de consulta para el médico general, el pediatra, el neurólogo y el psiquiatra infantil (1).

Orinarse en la cama suele resultar incómodo y humillante, sobre todo para los niños más grandes. Además, debido al miedo a orinarse en la cama, estos niños suelen evitar ir a dormir a casas de sus amigos, salir a acampar, etc. de modo que les puede resultar más complicado llevar una vida social normal.

No es una enfermedad sino un síntoma que puede ser la manifestación de un trastorno de maduración hasta una patología neurológica o urológica severa (2).

Enuresis proviene del término griego "enourein" que significa vaciar la orina. Era una dificultad que generaba gran preocupación social, ya que a lo largo de la historia se describen los múltiples intentos que se han realizado para su tratamiento. Oraciones, rituales diversos, terapias terroríficas, punitivas, avergonzantes, dietas especiales, medicamentos de todo tipo, punciones raquídeas, terapias quirúrgicas, alarmas peligrosas (en nuestros medios rurales y urbanos deprimidos por ejemplo se utilizan vegetales que al ser humedecidos generan intenso prurito en los niños) ladrillos calientes, etc. Algunos eran tratamientos realmente crueles, otros peligrosos y la mayoría absolutamente ineficaces (3).

La primera mención de la enuresis data del año 1500 A. C. En el siglo XVI Paúl de Agree expresó que se producía la enuresis por relajación de los músculos vesicales, pero incluso en esta época, el tratamiento lo constituían mezclas de conocimientos tradicionales y magia. No fue sino hasta el siglo XIX, con el surgimiento de la pediatría como especialidad que, se le da valor a los factores orgánicos en la etiología de este síntoma y con el de la psiquiatría se profundizó en los aspectos psicológicos sugiriendo nuevos métodos de tratamiento (4).

La Encopresis se trata de un trastorno caracterizado por la presencia reiterada de deposiciones voluntarias

o involuntarias de heces de consistencia normal o anormal, en lugares no adecuados para este propósito, de acuerdo con las pautas socioculturales propias del lugar y el nivel de desarrollo de la persona (5).

El término "encopresis" (que proviene del griego "kopros" = deposición) fue acuñado por Weissenberg, en 1926, para describir la incontinencia fecal de origen psicológico y no propiamente orgánico, mientras que el término "incontinencia fecal" era reservado para las patologías orgánicas. Más tarde, el término encopresis fue expandido para referirse a ambos tipos de incontinencia, a partir de los clásicos estudios de Levine y cols, y en la literatura médica anglosajona, especialmente la norteamericana, dicha tendencia ha subsistido (6).

Para la Psiquiatría Infantil tradicional, la encopresis es un problema cuya dificultad aumenta con el nivel de desarrollo intelectual del niño, por cuanto a mayor inteligencia más complejos son los mecanismos psicológicos del niño que mantienen el trastorno, en el caso de que produzca algún beneficio secundario inconsciente (7).

Cuadros similares a la encopresis están descritos en la bibliografía psiquiátrica infantil. Así, Woodmansey (1968) describe el "defecador con incontinencia", caracterizado también por una "defecación retrasada". En los casos descritos por dicho autor, los niños no lograban evacuar en presencia de la madre o en circunstancias que les recordaran los esfuerzos del aprendizaje esfinteriano. Así mismo Berg y Jones (1965) describen el "defecador plácido", es decir; un niño procedente de un hogar tranquilo, no angustiante cuyo trastorno principal es no emplear adecuadamente el servicio sanitario (8).

### Prevalencia

La prevalencia de enuresis en el mundo, a los 5 años de edad es de 7% en el sexo masculino y de 3% en el sexo femenino. A los 10 años es de 3% en el sexo masculino y de 2% en el sexo femenino. A los 18 años es del 1% en el masculino y sumamente raro en el femenino (9).

El control diurno de esfínteres es usualmente logrado primero que el nocturno, generalmente al año y medio de edad la mayoría de los niños controlan ambos esfínteres, posteriormente 20% de niños por cada año y medio.

1. Psiquiatra Infantil Hospital Mental de Antioquia, Universidad Pontificia Bolivariana

A la edad de 5 años 20% de los niños pueden presentar enuresis nocturna de manera ocasional. A los 6 años solo 10% lo hace; y entre los 12 y 14 años de vida lo hacen un 2 o 3%. Estudios han demostrado mayor incidencia en el sexo masculino y han encontrado factores asociados como: asfixia perinatal, puntaje de APGAR bajo, retardo de crecimiento intrauterino y enfermedad de células falciformes (10).

Los trastornos de la defecación son un problema frecuente en las edades pediátricas. Según publicaciones internacionales, representan el 3% de las consultas en pediatría general y entre un 10% y un 25% de aquellas en gastroenterología infantil. Dentro de este grupo de trastornos, la constipación funcional es el problema más frecuente y el ensuciar su ropa interior con materia fecal es otra causa frecuente de consulta, relativa a problemas de defecación (6). La encopresis afecta principalmente a los niños en una proporción de 4:1 y tiene una prevalencia familiar del 25%.

## Control de esfínteres

El funcionamiento del control voluntario para la emisión de la orina, es el resultado de un proceso de maduración que se da a lo largo de los primeros años de vida del niño, y que responde a cambios físicos y fenómenos adaptativos aprendidos.

La coordinación de funciones entre la vejiga y los esfínteres se lleva a cabo mediante mecanismos neurológicos de gran complejidad, por lo que su control voluntario aparece tardíamente.

La secuencia de adquisición del control vesical e intestinal en la mayoría de los niños se estructura de la siguiente forma: primero se produce el control de las heces durante el día y después el control de las heces durante la noche. Posteriormente, se produce el control de la orina durante el día y finalmente el control de la orina durante la noche. Sin embargo, existe una variación interindividual e intercultural de este esquema. Para la adquisición del control diurno influyen poderosamente los factores educacionales, familiares, sociales, psicológicos y hereditarios (11).

Las contracciones rítmicas de la musculatura lisa de los cálices renales, expulsan la orina hacia los uréteres, cuyos movimientos peristálticos la impulsan hasta la vejiga. La vejiga tiene una capacidad para contener el volumen de la orina que varía con la edad. En los recién nacidos y la primera infancia la capacidad vesical puede ser calculada multiplicando el peso

del niño en kg por 7. De tal forma, un recién nacido de 3.500 kg tiene la posibilidad de al nacer una capacidad vesical aceptada en 24,5 ml.

La capacidad vesical aumenta rápidamente después del nacimiento. Al año de edad con 10 kg de peso, la capacidad de la vejiga ha aumentado a 70 u 80 ml.

En la primera infancia, hasta los cinco años de edad, con un peso aproximado de 20 kg capacidad vesical alcanza los 150 a 180 ml. En la segunda infancia y hasta los 12 años, la capacidad de la vejiga puede ser calculada, según la fórmula propuesta de Rockwood, en la que la edad se multiplica por 30 y se le suma la cifra de 50. De acuerdo con esta fórmula, la capacidad vesical de un niño de 8 años es de alrededor de 290 ml.

En los jóvenes y adolescentes entre 12 y 18 años, la capacidad vesical puede ser calculada por la fórmula propuesta por Koff en 1983, en la que al doble de la edad se multiplica por 30. De acuerdo a esta fórmula en un joven de doce años, se espera que la vejiga pueda alcanzar una capacidad de 420 ml. [ $12 \times 2 = 24$ ;  $24 \times 30 = 720$  ml]. Estos valores son algo diferente de los sugeridos por Houle y col. los que a la edad de los niños del mismo grupo se le multiplica por 18 y se le suma la cifra de 18. Según esta propuesta, en los niños de 12 años de edad, es de esperar una capacidad vesical de 261 ml y en joven de 18, una capacidad de 369 ml (12). Es importante mencionar que la vejiga no es un simple receptáculo, ya que es capaz de absorber tanto agua como ciertos solutos. Su musculatura conserva cierto grado de tono aún cuando esté vacía. Este tono depende de impulsos generados en el músculo liso mismo (tono miógeno), pero la micción está regulada por un centro medular. Especialmente importante es señalar que la vejiga se adapta continuamente, mediante cambios del tono de su musculatura, a los cambios de su contenido. Así, la presión intravesical solo aumenta en grado insignificante al incrementarse su contenido. La presión se incrementa, sin embargo, durante la micción, lo que facilita el paso de la orina a la uretra y luego al exterior.

Desde la vejiga la orina llega al exterior a través de la uretra. En el hombre existe además un esfínter externo, de musculatura estriada, ubicado alrededor de la uretra, inmediatamente por debajo de la vejiga.

La contención del bolo fecal está dada por la presencia del esfínter anal interno (músculo liso; que es el encargado del control involuntario) y el externo (músculo estriado; control voluntario). Así mismo, participa el músculo puborrectal que tracciona el recto hacia el pubis creando un ángulo que permite que el eje de salida anal quede casi perpendicular al eje del rectocolon, en si-

tuación de reposo. Durante la defecación es necesaria la relajación de los esfínteres y músculo pubo-rectal, además de la contracción del elevador del ano y de los músculos sacrococcígeos. Estos últimos se oponen al descenso del piso pelviano. Logrado esto queda en línea el área rectal y colónica, sin la obstrucción que significan los esfínteres, a distal. La contracción de la musculatura abdominal y el ascenso del piso pelviano fuerzan a las heces a salir vía anal (13).

La edad de control del esfínter anal ocurre alrededor de los dos o tres años. La capacidad de defecar posteriormente depende en gran medida de la presencia de un bolo fecal de tamaño adecuado (relacionado con la cantidad de fibra dietaria ingerida) y de factores psicológicos.

Durante la lactancia la micción y la defecación se realizan de manera automática y refleja, es decir sin control voluntario, desencadenadas por el llenado de la vejiga y la ampolla rectal respectivamente. Entre los 18 meses y los 3 años se produce la maduración de los centros nerviosos cerebrales, de manera que entre los 2 y los 4 años la mayoría de los niños pueden controlar adecuadamente ambos esfínteres (vesical y anal) y por tanto pueden comenzar a "avisar" su deseo, siendo capaces de retrasar el momento de la micción o defecación y de hacerlo en el momento y lugar deseado. Pero esta "habilidad" debe ser aprendida por el niño y esto a su vez depende del nivel de desarrollo neurológico (14).

Esta maduración progresiva a nivel neurológico ocurre simultáneamente con una maduración psicoafectiva del niño, donde las funciones esfinterianas pasan a formar parte de las habilidades relacionales del niño. Aprende que la retención lleva a una gratificación afectiva por parte de la madre y no conseguirlo supone una frustración. Cualquier acontecimiento que retarde, disuelva o haga retroceder este proceso de maduración psicoafectiva puede generar una conducta de enuresis o encopresis (15).

Por eso, la primera pregunta que debe plantearse el clínico es la edad y el nivel de desarrollo del niño. Hay padres poco experimentados o poco realistas que esperan demasiado de un niño de 2 años y medio o de 4 años. Los accidentes diurnos o nocturnos en un contexto nuevo o durante períodos de gran excitación no son infrecuentes en niños pequeños. La mayoría de niños aprenden que pueden retrasar la necesidad de ir al baño y tienen luego, al menos, alguna ocasión en la que la retrasan demasiado (1).

Es por esto, que solo desde los 5 años en adelante, y en función de qué tan frecuentes son estos accidentes, se tiene en cuenta la posibilidad de un diagnóstico de enuresis.

## Definición

La enuresis se define como el vaciado repetido de orina en lugares inapropiados, tanto si el vaciado es involuntario como intencionado. Como un fenómeno evolutivo normal, en niños pequeños puede observarse incontinencia urinaria, y ocasionalmente en niños mayores después de la conclusión del entrenamiento en el control de esfínteres (16).

La enuresis puede ocurrir durante la noche (enuresis nocturna) y es la que constituye el motivo más frecuente de consulta entre los trastornos de la eliminación, durante el día o en ambas situaciones por igual. La enuresis diurna es probable que tenga un origen orgánico o esté en relación con trastornos emocionales más graves la que ocurre durante el día y con el niño despierto. Tiene una prevalencia de solo el 1/100 en niños entre 6 y 12 años, sin diferencias de sexo.

Según su presentación a lo largo del tiempo podemos dividir la enuresis en primaria o secundaria así:

*Enuresis primaria:* es la que ha ocurrido siempre, sin período de continencia previo.

*Enuresis secundaria:* es la que ocurre después de un período de continencia previo de al menos seis meses de duración.

Una clasificación muy utilizada entre los pediatras y urólogos divide la enuresis entre:

*Enuresis monosintomática:* Donde el único síntoma es la enuresis como tal. La enuresis nocturna monosintomática presenta una prevalencia de patología urológica similar a la población general.

*Enuresis polisintomática o síndrome enurético:* Es la que se acompaña de síntomas miccionales diurnos tales como polaquiuria, urgencia miccional, retención urinaria. El síndrome enurético requerirá un estudio diagnóstico distinto y un tratamiento específico según su etiología (10,15).

También podemos dividir, según su causa en orgánica cuando se puede describir una causa física clara, o funcional cuando obedece a cambios en hábitos de eliminación y asociadas la mayor parte de las veces a circunstancias de índole emocional.

Según los criterios diagnósticos del DSM-IV TR, la enuresis y la encopresis se clasifican así (16):

## Criterios para el diagnóstico de F98.0 Enuresis (307.6)

- A. Emisión repetida de orina en la cama o en los vestidos (sea voluntaria o intencionada).
- B. El comportamiento en cuestión es clínicamente significativa, manifestándose por una frecuencia de 2 episodios



semanales durante por lo menos 3 meses consecutivos o por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- C. La edad cronológica es de por lo menos 5 años (o el nivel de desarrollo equivalente).
- D. El comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia (p.e. un diurético) ni a una enfermedad médica (p.e. diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo).

*Especificar tipo:*

- Solo nocturna
- Solo diurna
- Nocturna y diurna

La enuresis nocturna aparece normalmente de 30 minutos a 3 horas después de iniciarse el sueño, estando el niño dormido a lo largo del episodio, o habiéndose despertado por la humedad. Sin embargo, para algunos niños, la enuresis puede ocurrir en cualquier momento de la noche. Los niños con enuresis diurna normalmente también sufren enuresis nocturna (16).

Encopresis, según el DSM IV TR se trata de la emisión repetida de heces ya sea involuntaria o intencional en lugares inapropiados, en un niño de 4 o más años de edad (o nivel equivalente de desarrollo) (6).

La Encopresis puede ser:

- primaria: si nunca se ha logrado el control.
- secundaria: si se produce después de un período de control.

Criterios para el diagnóstico de Encopresis

- A. Evacuación repetida de heces en lugares inadecuados (por ejemplo, vestidos o suelo), sea voluntaria o intencionada.
- B. Por lo menos un episodio al mes durante un mínimo de 3 meses.
- C. La edad cronológica es por lo menos de 4 años (o un nivel de desarrollo equivalente).
- D. El comportamiento no solo se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo laxantes) ni a una enfermedad médica, excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento.

Codificar del modo siguiente:

Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento.  
Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento.

## Etiología

Existen dos formas básicas de clasificar las enuresis. La primera, divide la enuresis en dos grupos:

- a. Primaria: que es la que ocurre en niños que nunca han logrado un control de esfínteres y que puede a

su vez tener una causa orgánica o una causa funcional.

- b. Secundaria, que ocurre cuando el niño ya había logrado un control del esfínter vesical por lo menos durante 6 meses, pero lo pierde, y esto a su vez, se puede deber también a causas orgánicas o funcionales.

De esta forma, habría entonces una segunda clasificación que divide la enuresis en funcional (que puede ser primaria o secundaria) y orgánica (que también puede tener una sintomatología que no se ha interrumpido o no) y también se denomina patológica.

Basados en esta clasificación y tomando como referencia, una publicación del Hospital de Villava, a cargo del Dr. A Díaz del año 2000, evaluaremos las causas más frecuentes (3):

## Enuresis Funcional

Representa el 90% de las enuresis y entre sus causas se valoran:

Alteraciones de orden emocional. Diversas situaciones que generan posturas regresivas en el niño, como una manera de hacer frente a situaciones emocionalmente estresantes en los niños, pueden generar entre otras cosas una pérdida en las habilidades del control de esfínteres. Por esto, una enuresis secundaria debe alertarnos sobre sintomatología principalmente depresiva en un niño con o sin factores de riesgo para patologías afectivas. Algunos también describen, estrés intenso durante el período de la vida en que se adquieren los hábitos de eliminación, por lo que están cargados de gran ansiedad e impiden que sean controlados de manera tranquila, automática y natural.

Vejiga pequeña. Un gran número de niños enuréticos presentan una vejiga pequeña, con incapacidad de almacenar toda la orina producida por la noche. Suelen ser niños con micciones diurnas frecuentes y que en ocasiones mojan la cama más de una vez en la misma noche.

Incapacidad para retrasar la micción urgente. Hay una incapacidad para inhibir la contracción del detrusor tras el impulso inicial de orinar. Si a una vejiga pequeña se suma la dificultad para retrasar la micción, no da tiempo suficiente para despertarse una vez se produzca el llenado vesical. Esta etiología, nos indica implícitamente cual es el tratamiento, lo que incluye entrenar al niño para lograr mejorar este aplazamiento.

Sueño profundo. Aunque se ha demostrado que los enuréticos tienen un patrón EEG igual al de los no enuréticos durante el sueño, muchos de ellos tienen un sueño muy profundo con un elevado umbral para el despertar ante un estímulo miccional nocturno.

Deficiencia nocturna de hormona antidiurética (ADH). A diferencia de lo que ocurre en niños que no presentan el problema, los enuréticos no incrementan la secreción de ADH durante el sueño lo que implicaría un aumento de la producción de orina por la noche y, consecuentemente, el episodio enurético.

Herencia. Es un factor fundamental, y más si tenemos en cuenta la alta frecuencia de antecedentes familiares existentes en este tipo de enuresis. Cuando los dos padres presentaron el problema, la posibilidad en los hijos es del 77%; si uno solo de los padres fue el afectado, el porcentaje en los hijos disminuye al 45% y si no hay antecedentes familiares la incidencia es inferior al 15%. Además, se ha descubierto que el gen más importante implicado en esta enuresis, está localizado en el cromosoma 13 (13q), y tiene que ver con los bajos niveles de ADH nocturna.

## Causas orgánicas

Las enuresis no funcionales pueden producirse por factores urológicos (infección de la vía urinaria, especialmente en el caso de la enuresis secundaria en niñas, u obstrucción), factores anatómicos (enfermedades medulares, vejiga o musculatura secundaria débil), factores fisiológicos (umbral anormalmente bajo de presión de la vejiga, lo que conduce a un vaciado anticipado), factores metabólicos (diabetes), o mecanismos neurológicos (trastornos convulsivos).

La Encopresis suele estar asociada a:

- Malos hábitos de aprendizaje: presiones excesivas o rigidez al exigir que el niño controle a una edad aún temprana para hacerlo, o por el contrario, una mala orientación para que el niño establezca hábitos saludables de higiene o autocuidado.
- Pero en ocasiones, la encopresis al igual que la enuresis, puede ser una expresión de elementos afectivos de características regresivas, como ocurre en ocasiones con niños que tienen síntomas compatibles con depresión o que pasan por un proceso adaptativo ante un duelo u otro cambio importante de su vida (cambio de residencia o de colegio, separación de los padres, etc.).

La encopresis también puede tener causas con una base más orgánica como el estreñimiento crónico, que provoca una distensión del colon y la consiguiente pérdida del tono muscular, con lo cual se producen esas pérdidas involuntarias. Los elementos orgánicos asociados los podemos resumir así:

1. Predisposición física a la ineficaz motilidad y funcionamiento intestinal, y esto incluye patologías como el megacolon congénito.
2. Tratamientos prolongados con laxantes y supositorios.

3. Fisuras anales.
4. Estreñimiento.

Tanto en la enuresis como en la encopresis, situaciones puntuales que afectan los hábitos para la eliminación pueden precipitar la aparición de estos cuadros como los cambios en la rutina para ir al baño por ejemplo, cuando un niño empieza un nuevo año escolar y las pausas para ir al baño son menos frecuentes que durante las vacaciones.

## Cuadro clínico

La enuresis nocturna, generalmente se presenta entre 3 y 4 horas después de que el niño se ha quedado dormido, y la gran mayoría de los niños que tienen enuresis diurna, también tienen episodios en la noche. En el 80% de los casos, la enuresis es primaria, es decir, se trata de niños que no han logrado un control adecuado del esfínter vesical, y un 20% es secundaria, y en estos niños se pierde temporalmente una capacidad antes adquirida.

Estos niños con enuresis tienen muchas dificultades en su socialización. No pueden ir a acampar con otros amigos, o participar en pijamadas. Están expuestos a los regaños frecuentes y son objeto de la frustración de sus padres y educadores, además de las burlas de sus pares. De esta manera, es un fenómeno que se retroalimenta, porque como habíamos visto, los elementos emocionales juegan un papel fundamental en su etiología, pero son al mismo tiempo una consecuencia de su ocurrencia.

Los casos de enuresis exclusivamente diurna, son más frecuentes en niñas, se asocia en mayor medida a patologías psiquiátricas de la paciente o su familia, asociado a alteraciones estructurales urológicas.

Los niños con encopresis, generalmente sufren estreñimiento. Como consecuencia de esto, cuando realizan una deposición sus heces son duras y secas, por lo que sus deposiciones son dolorosas y de esta manera evitan ir al baño. Así, las heces quedan impactadas en el recto y por rebosamiento escapan residuos líquidos que ensucian la ropa, hay una dilatación del recto y el esfínter pierde tonalidad, dejando escapar contenidos sólidos cada vez con mayor frecuencia. Los hábitos de evacuación se desordenan, y al tener la ampolla rectal llena constantemente, el niño constantemente puede ensuciar su ropa, generando el rechazo de sus compañeros, y los regaños de su mamá. Por esto, se rascan e irritan la piel del área perianal, y esconden su ropa interior para que no sea detectada. Son niños que además de eso, tienen costumbres alimentarias parti-

culares, donde la dieta no es rica en fibra, y la comida chatarra está al orden del día (17).

En ambos grupos, niños con enuresis y encopresis, ocurre algo muy particular con frecuencia, y es que en ocasiones están tan ocupados que no tienen tiempo para ir al baño, y por esto se ha descrito una alta asociación entre encopresis, enuresis y TDAH (18).

## Diagnóstico

Para hacer la historia clínica, es fundamental indagar acerca de:

Características de la enuresis:

*Primaria, secundaria, monosintomática o polisintomática.* La frecuencia con que se presentan los síntomas, su evolución, e incluso las características del chorro miccional. La frecuencia miccional diurna, la presencia o no de urgencia miccional, y síntomas asociados como poliaquiuria y disuria. Además, los agravantes o atenuantes para estos síntomas (3).

*Hábitos intestinales de evacuación, frecuencia, y costumbres alimentarias.* En este punto, es muy relevante la comodidad como el niño realiza sus evacuaciones. Si no puede hacer sus deposiciones cómodamente, no va a poder evacuar completamente su ampolla rectal, y esto facilitará la impactación o la salida involuntaria de su contenido.

En ambas, es fundamental aclarar edad de inicio, períodos sin los síntomas o con recaídas y factores para que esto ocurriera.

*Antecedentes personales y familiares,* que incluyen la estructura familiar y los agravantes de índole socioeconómica son relevantes para entender la funcionalidad del entorno en el que el niño se desempeña.

*Grado de compromiso de los síntomas:* consecuencias emocionales, dificultades en la socialización, respuesta en el entorno familiar y escolar.

*Tratamientos establecidos:* fecha de la primera consulta, paraclínicos realizados previamente, tratamientos intentados, respuesta a determinados medicamentos. Además, describir qué otros medicamentos consume para otros cuadros patológicos diferentes.

Es de esperar que con estos datos podamos establecer causas posibles de índole orgánico, y así solicitar los exámenes complementarios que realmente consideremos relevantes. Si la sospecha de una etiología orgánica es muy fuerte, el niño debe ser tratado por el

pediatra, el urólogo o el gastroenterólogo para una intervención acorde a la gravedad de su etiología.

## Tratamiento

Cuando se trata de patologías con un origen claramente orgánico, el objetivo lógico será corregir esa alteración física. Esto se aplica a la enuresis y a la encopresis que tienen un origen por ejemplo en alteraciones estructurales en el aparato excretor, o las patologías asociadas a infecciones por ejemplo. Lógicamente, pese a tratar la entidad orgánica de base, no se pueden olvidar los elementos funcionales (hábitos inadecuados, o factores emocionales o cognitivos) que pueden asociarse a estas patologías, ya sea como precipitadores de la disfunción o como agravantes.

Para el tratamiento de la enuresis, existen alternativas de modificación de la conducta y terapia farmacológica. Pero, se describe un porcentaje de remisión espontánea del 15% aproximadamente al año.

Entre las intervenciones que incluyen medidas para adquirir hábitos de eliminación urinaria más adaptativos, se encuentran:

### Medidas generales

Las medidas generales se extienden desde una correcta evaluación de las patologías a nivel psiquiátrico tanto del eje I (depresión, TDAH, etc.), como a nivel del eje II (retardo mental), para enfocar adecuadamente las intervenciones de modificación de la conducta. Así mismo, es de vital importancia permitir a los padres o cuidadores que planteen las hipótesis que tienen para explicar estas patologías. Si desechamos estas hipótesis, es muy probable que los padres se sientan ignorados en el proceso terapéutico y que además el proceso vaya a ser infructuoso.

Las medidas también incluyen la participación activa del niño en su proceso de limpieza, no mostrándolo como un castigo, sino más bien haciéndolo partícipe y responsable de la solución.

Deben evitarse conductas sobre protectoras, como el uso del pañal y el plástico en el colchón, ya que de esta forma el niño no ejercitará su autonomía y proactividad.

En cuanto a la restricción de líquidos existen posturas opuestas. J.Díaz (2000) sugiere que la restricción generará ansiedad y que podría llevar a un consumo compulsivo de líquidos por parte de los niños como una respuesta compensadora. En cambio, al igual que mu-

chos autores, la Asociación Española de Pacientes con Enuresis, recomienda la restricción de líquidos, principalmente en los casos de enuresis nocturna (19). Por lo general, se utiliza esta medida, pero de manera temporal, y en la medida que el niño logre control de esfínteres, se libera esta restricción.

## Modificación de conducta

Entrenamiento para mantener la cama seca: consiste en levantar al niño de su cama varias veces en la noche, para que vaya al servicio sanitario. Esta estrategia va acompañada de reforzadores positivos como consecuencia de la disminución progresiva de los episodios.

Estrategias para mejorar la capacidad vesical: como se plantea dentro de las posibles causas de enuresis, es frecuente detectar una capacidad vesical reducida en los niños con esta patología. De esta forma se aplican las siguientes estrategias: retraso progresivo de la micción para lograr una mayor capacidad vesical aumentando su volumen.

A estas estrategias, se agregan registros escritos en cuadernos o carteleras señalando los días que logra permanecer seco y aplicando reforzadores positivos. Kimmel en 1970, describió una técnica muy útil, donde se usa el reforzamiento positivo de intervalos y cantidades de orina retenida cada vez mayores en una cubeta con medidas (20).

Alarmas de enuresis: estas incluyen los instrumentos de pipí stop, que poseen elementos sensores que captan la humedad produciendo un estímulo por lo general auditivo, para que el niño detecte el momento de vaciamiento vesical, se levante y acuda al servicio sanitario. Tienen una efectividad de cerca del 60 al 70% (2).

## Tratamiento farmacológico

*Imipramina.* Aumenta la capacidad vesical, y disminuye la excitabilidad del músculo detrusor. Se utiliza en mayores de 7 años, y las dosis varían entre 25 y 75 mg al en la noche en promedio. Es eficaz en aproximadamente el 50% de los niños con enuresis (2, 21).

*Desmopresina.* Análogo sintético de la vasopresina sin efecto vasoconstrictor. Actúa reduciendo el volumen de orina durante la noche y su eficacia es alrededor del 40 al 80%. También tiene una alta tasa de recaídas con su retiro (90%). Se inicia con 20 µg por ambas fosas nasales al momento de acostarse, y se puede aumentar gradualmente (10 µg semanales) hasta un máximo de 40 µg. Se recomienda restricción de líquidos al usarla, para evitar la intoxicación hídrica y la hiponatremia secundarias a su uso.

*Oxibutina.* Anticolinérgico y relajante muscular, que logra aumentar la capacidad vesical y disminuye la hiperactividad del músculo detrusor. La dosis es de 10 a 20 mg al día, y tiene una buena respuesta en pacientes que no respondieron a las alarmas (2, 21).

*Indometacina.* Existen reportes del uso de indometacina en dosis de 100 mg al día, lo que logró una buena respuesta, asociada a la disminución de PG E2 en orina (22).

*Predictores del éxito del tratamiento con desmopresina:* niños mayores, casos menos severos, capacidad funcional vesical normal, enuresis primaria, episodios enuréticos durante las primeras dos horas de sueño, historia familiar de enuresis, poliuria nocturna.

*Predictores del éxito del tratamiento con alarma:* el niño está motivado para permanecer seco, el niño no tiene problemas de comportamiento, ausencia de sintomatología diurna, no evidencia de problemas familiares, ausencia de fracaso previo del tratamiento con alarmas, el niño tiende a orinarse tarde durante la noche, cuando es más fácil despertar (21).

## Tratamiento de la encopresis

Estos niños se benefician de un manejo multidisciplinario. Los cuatro pilares del tratamiento de la encopresis son: a) desimpactación fecal cuando es necesario; b) educación; c) prevención de la recaída (reacumulación de deposiciones) y d) seguimiento periódico mientras dure la terapia y luego de suspenderla (23).

Se describen casos de encopresis como forma clínica de un estreñimiento crónico sin patología psicológica demostrable. En estos casos existe una incoordinación involuntaria en la defecación, que suele cursar con dolor. Pueden ser tratados con laxantes (lactulosa por ejemplo, en dosis de 0,7 a 0,8 g/k/día), y con reeducación de los hábitos defecatorios como deposiciones en la mañana antes del baño, en un ambiente cómodo, no intimidatorio y para evitar los accidentes durante el día, aunque algunos autores prefieren el hábito de asistir al sanitario durante 10 minutos luego de cada comida y mediante un sistema de recompensas.

Es necesario mostrarse neutral cuando ocurren los episodios de encopresis, pero es fundamental así como en la enuresis, motivar al niño a que se responsabilice de su aseo y de las prendas que hubiera ensuciado durante el accidente (16).

En la encopresis no retentiva donde generalmente no se acompaña de estreñimiento, se asocia con mayor frecuencia a patologías externalizantes e internalizantes

en los niños (24). En este grupo de pacientes, es fundamental el trabajo en asocio con los padres, para lograr también un aprendizaje en los hábitos defecatorios, pero además fundamentalmente tratar las patologías del

eje I, en caso de encontrarse y aquí es muy frecuente la presencia de Trastorno deficitario de atención con o sin hiperactividad (TDAH), Trastorno oposicionista desafiante (TOD) y los trastornos depresivos.

---



---

### Bibliografía

1. Parmelee D. *Psiquiatría del Niño y el adolescente*. Harcourt Brace. Madrid 1998
2. Rodríguez E. *Enuresis*. EN JAIEH A.C, I220 S.C. Manual de nefrourología pediátrica. 2ª. Edición. Publicaciones técnicas Mediterráneo limitada. Santiago de Chile. 1993. pp. 88-89.
3. Díaz A. *Enuresis en la infancia*. Anales del sistema sanitario de Navarra. Vol. 25, suplemento 2, 2002
4. González Ruiz Y. *Enuresis nocturna, su terapia desde la atención primaria en salud*. *Pediatría y Neonatología*. 04.09.2007
5. Carvallo Ramos Y. *Encopresis*. Villahermosa, Tabasco. México 2007
6. Guiraldes E. *Encopresis en el paciente pediátrico*. *Rev. Chil Pediatr* 76 (1); 75-83, 2005.
7. Ajuriaguerra J de. *Manual de Psiquiatría Infantil*. Masson Barcelona 2000.
8. Romeu J. *Trastornos de la eliminación*. Colegio de Médicos de Barcelona. 2006.
9. Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM. Nelson. *Tratado de Pediatría*. 15ª ed. Vol III. USA: Mc Graw Hill Interamericana; 1998.
10. Flórez S., Gastelbondo R. *Enuresis*. *Revista Colombiana de Pediatría*. Marzo 2000.
11. Gill Rushton H. *Wetting and funcional voiding disorders*. *Urology Clinics of North America* 1995, 22 (1): 75:93.
12. Guzmán J. *Capacidad volumétrica de la vejiga*. *Revista Salud*. Madrid 2003.
13. Pettei MJ, Davidson M. *Idiopathic constipation*. En: *Pediatric Gastrointestinal Disease: Pathophysiology, Diagnosis and Management*. Walker WA, Durie PR, Hamilton JR, Walker-Smith JA, Watkins, JB, Editores. B.C. Decker Inc, Toronto, Ontario, Canada. 1991. Pg 818-29.
14. Gutiérrez Segura C. *Control de esfínteres en los niños*. Unidad de Urodinámica y Motilidad Digestiva Pediátrica, Hospital Central de Asturias. Sociedad de Pediatría de Asturias Cantabria, Castilla y Leon 2007.
15. Gutierrez J, Rey Sanchez F. *Planificación Terapéutica de los Trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente*. Smith Klein. Edit Diapasón. Madrid 2000.
16. DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado, Barcelona: Masson 2002.
17. Universidad de Virginia. *Los trastornos intestinales y hepáticos: la encopresis*. PO Box 800224 Charlottesville, VA 22908. 2007.
18. Ubeda M, Martínez R. *Enuresis nocturna monosintomática en atención primaria*. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. Vol. VII, Suplemento 3, 2005.
19. *Tratamientos actuales para la enuresis*. Publicación de la Asociación de Familiares y Pacientes con Enuresis. Madrid 2008. [webmaster@afypen.org](mailto:webmaster@afypen.org).
20. Tizon, J y cols : *Una investigación clínica sobre la enuresis funcional y sus protocolos terapéuticos*. *Psiquiatría Pública*, vol 6, número 5, Noviembre-Diciembre 1994, páginas 237-251.
21. Rodríguez M. *Diagnóstico y tratamiento de la enuresis nocturna*. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría*. Nefrología Urología. Delgado Rubio Editor. 2000.
22. Sener F, Hassanolugu E, Soylemezoglu O. *Desmopresina versus indometacina treatment in primary nocturnal enuresis*. *Urology*. 1998; 52:878-881.
23. Guiraldes E. *Encopresis en el paciente pediátrico*. *Rev Chil Pediatr* 76 (1); 75-83, 2005
24. Benninga MA, Voskuil WP, Akkerhuis GW, Taminau JA, Buller HA: *Colonic transit times and behaviour profiles in children with defecation disorders*. *Arch Dis Child* 2004; 89: 13-6.

# ABUSO SEXUAL CLINICA Y TRATAMIENTO

Ana Beatriz Medina Alvarez\*

## Introducción

El abuso sexual compete a todo tipo de entidades familiares, educativas y de salud. En el caso del abuso sexual en niños compete a todo aquel que esté relacionado con ellos incluyendo a toda la familia extendida. Los médicos en su práctica privada, los jueces y otras instituciones ven niños que han podido ser abusados psicológica, física o sexualmente.

Hay diferentes roles para cada grupo de personas directamente comprometidas con el tema por ser inherente a su responsabilidad. El primer grupo son aquellos que tienen el papel de evaluación forense. El segundo es el de los clínicos que dan tratamiento a las complicaciones del abuso a nivel físico y a la salud mental del niño. En Colombia, el segundo grupo también puede llegar a ser llamado como perito en una audiencia judicial, es decir, su responsabilidad forense está presente en toda su actuación médica y psicológica. El tercer grupo son aquellos que dan los parámetros de política pública para el tema a nivel de la nación (1).

Cuando se trabaja como evaluador con responsabilidades forenses se debe: evaluar el niño, colaborar con otros profesionales de la salud en medicina legal, bienestar familiar y enviar al menor a un lugar donde se trabaje en equipo para evaluación y tratamiento. Esta persona será llamada a la audiencia y deberá hacer recomendaciones sobre el tratamiento y si es necesario sobre los cambios en la custodia del menor. La evaluación forense debe evaluar el trabajo hecho previamente por otro profesional de la salud o por servicios de protección. La evaluación forense también es útil en la demanda civil para determinar el monto de esta. Se tiene en cuenta que el niño es el primer beneficiado si hay un evaluador forense independiente del psicoterapeuta.

Los clínicos, específicamente en salud mental, deben proveer tratamientos y evaluaciones para el niño y su familia en servicios de consulta externa y hospitalización. En muchos países los clínicos han ayudado a desarrollar las leyes que competen a todo el acercamiento, manejo de testimonios, audiencias y tratamiento del niño abusado.

\* Médica Psiquiatra Infantil, Universidad El Bosque. Especialista en Salud Compassion Internacional.  
ola\_med@yahoo.com

## Epidemiología

El aumento del abuso sexual contra menores es evidente en Colombia. Estadísticas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar mostraron que los informes de abuso sexual en la población infantil superaron los 30 mil casos el 2004, frente a 27 mil en 2003 y 13 mil que fueron registrados en 2002, lo que demuestra el avance de este flagelo (2).

El mayor inconveniente con el abuso sexual es que la mayoría de denuncias no se verifican y otros nunca buscan ayuda médica o de autoridades. También existe la dificultad de conocer la realidad del subreporte. Las víctimas de abuso sexual constituyen una proporción significativa de las consultas en psiquiatría y psicología. En servicios de consulta externa la frecuencia puede llegar a ser hasta del 30% y en pacientes hospitalizados hasta el 55% (3).

## Definiciones

El abuso sexual de menores se refiere al comportamiento sexual entre un niño y un adulto, o entre dos niños cuando uno de ellos tiene una edad significativamente mayor o utiliza algún medio de coerción. El perpetrador y la víctima pueden ser del mismo género o del opuesto. El acto sexual puede incluir exhibicionismo, caricias genitales o no genitales, fellatio, cunnilingus, penetración vaginal o anal, hasta violación forzada. Los comportamientos sexuales incluyen el tocar senos, glúteos y genitales, con la víctima vestida o desnuda. La exposición a fotografía pornográfica también es considerado abuso sexual. Es muy importante el poder pensar en el contexto y el desarrollo de los menores cuando se piensa que el comportamiento entre dos niños es abusivo.

Solamente hacia 1970 se extendió el conocimiento sobre el abuso sexual. Anteriormente se creía que el incesto ocurría solo en familias severamente disfuncionales y que era algo extremadamente inusual. Ahora sabemos que el incesto y otras formas de abuso sexual no son raros.

El abuso sexual infantil puede darse en la familia, por uno de los padres, por un padrastro o madrastra, por un hermano u otro pariente o fuera del hogar, por ejemplo por un amigo, vecino, cuidador, profesor, entrena-

dor o un extraño. Cuando ha ocurrido el abuso sexual, el niño puede desarrollar una variedad de emociones desagradables, pensamientos y comportamientos (4). Los niños tienen miedo de decirle a alguien lo sucedido, y además el procedimiento legal para validar un episodio de abuso es difícil. El problema debe identificarse, para detener el abuso y el niño debe recibir ayuda profesional. El daño a largo plazo a nivel emocional y neurobiológico puede ser devastador para el menor.

Los profesionales de la salud muchas veces dudamos en investigar sobre el abuso, por no querer preguntar directamente o por miedo a generar falsos recuerdos. Si bien es cierto que en los preescolares el potencial de sugestibilidad es alto, el hecho es que aún los más pequeños son capaces de dar mucha información que es relevante a nivel forense y hacer relatos confiables de experiencias de abuso. La inducción de falsos recuerdos se minimiza al promover un relato libre y haciendo preguntas abiertas. Es mucho más frecuente que el niño niegue las experiencias reales cuando se le pregunta en forma inicial, en lugar de que fabrique falsas experiencias (2).

Dada la alta prevalencia en poblaciones de psiquiatría infantil, siempre se deben hacer preguntas sobre el tema en todas las evaluaciones. En lugares del país donde no hay forma de acceder a un servicio de consulta con psiquiatra infantil, el encargado de velar por esta situación tan delicada es el médico que ve un gran volumen de niños, ya sea médico general, neuropediatra, pediatra, psicólogo, entre otros. También el que documenta la situación está encargado de informar la sospecha de abuso a la entidad competente.

En general, el personal de salud teme hacer este tipo de reportes pues le preocupa estar equivocado, pero ante una sospecha hay que estar tranquilo que el conducto a seguir es de confirmación y no un acto policivo. En Colombia es indispensable el llenado de la ficha SIVIM y su envío por fax a la dependencia de salud de cada departamento o ciudad principal.

Al igual que con la violencia doméstica, el acoso sexual y el maltrato infantil, el abuso sexual puede con frecuencia pasar de generación en generación como un comportamiento aprendido. Los psiquiatras infantiles pueden intervenir a través de terapia para reducir estos problemas de comportamiento. La asociación Americana de Psiquiatría Infantil recomienda el aumento en la educación pública y sistemas de apoyo para víctimas de estas situaciones, con servicios apropiados accesibles para la población (5).

Los niños y adolescentes que han sido abusados sexualmente también pueden sufrir de depresión, an-

siedad, trastorno de estrés postraumático, sentimientos de desesperanza o minusvalía, trastornos del aprendizaje y comportamientos destructivos.

Cuando un niño le dice a un adulto que ha sido abusado sexualmente, el adulto se puede sentir incómodo y puede no tener idea de cómo responder. Esta guía sirve para saber qué decir:

• Qué decir

- a. Lo primero es permitirle y animarle para que hable con tranquilidad y franqueza del tema. No haga ningún comentario o juicio al respecto.
- b. Muestre que usted lo comprende, guarde silencio y escúchelo. Su respuesta es clave y crítica para que el niño pueda resolver y sanar el trauma del abuso sexual.
- c. Asegúrele al niño que hizo lo correcto al hablar del tema. Si el abusador es una persona cercana, como en la mayoría de ocasiones, el menor se puede sentir culpable de haber revelado el "Secreto". El pequeño se puede sentir asustado si además el abusador lo ha amenazado, ya sea con castigos o intimidaciones hacia alguien querido.
- d. Digale al niño que él no es el culpable del abuso. Muchos chicos intentan darle un sentido a lo que ha sucedido, creyendo muchas veces que de alguna manera ellos motivaron el que el abuso sucediera, viendolo aún como una forma de castigo a malas acciones reales o imaginarias. Otros creen que este abuso tiene un propósito para sus vidas. Este tema se debe profundizar en la dimensión de un proceso terapéutico.
- e. Finalmente ofrézcale al niño protección, prométa-le que usted tomará medidas para que el abuso se detenga y cúmplale.

• Qué Hacer

- a. Informe cualquier sospecha de abuso sexual. Si el abuso es dentro de la familia, repórtelo a la agencia local de protección; en Colombia a la trabajadora social del hospital del estado más cercano, o si su Entidad de Salud tiene trabajadora social a ella, diligenciando la respectiva ficha SIVIM. Si el abuso ha sido fuera de la familia, en Colombia tendría el mismo conducto a seguir, en otros países se requiere notificación a la policía. La persona que obra de buena fé no va a ser perseguida. La oficina que recibe el informe debe llevar a cabo la evaluación, confirmación y tomar las acciones necesarias para proteger el menor.
- b. Los padres deben consultar al pediatra o médico de la familia, para que los remita a una persona especializada en evaluar el abuso sexual y tratar las consecuencias médicas del abuso, recogiendo la evidencia que se requiera para ayudar a proteger el niño. Siempre es útil certificar la califica-

**AVISO SABRIL URBADAN  
SANOFI AVENTIS**



- ción de quien va a realizar el tratamiento psicoterapéutico, pues no todo el que dice saber del tema está realmente capacitado para hacerlo. Muchas veces es necesario hacer un seguimiento para verificar que no se estén haciendo prácticas que puedan afectar al menor.
- c. Los niños que han sido abusados sexualmente deberían tener una evaluación por un psiquiatra de niños y adolescentes u otro profesional de salud mental calificado para encontrar las secuelas emocionales del abuso, para determinar cuándo se requiere ayuda para tratar el trauma del abuso. Esta persona también puede proveer apoyo a la familia que se puede sentir mal por el abuso.
  - d. Muchos de los alegatos sobre el abuso sexual se fundamentan en la duda de si el relato del menor es verdadero, puesto que algunas acusaciones falsas se suelen presentar en un proceso de asignación de custodia u otras situaciones legales. Ocasionalmente la corte puede preguntarle a un psiquiatra de niños y adolescentes si el menor dice la verdad, o si el hablar del abuso en un juicio oral puede herir al niño.
  - e. Cuando el menor es testigo, se deben tener consideraciones especiales, como hacer un video, hacer cortes frecuentes, excluir a los espectadores y la opción de no tener que ver al acusado. Estos pasos pueden hacer la experiencia menos angustiosa.
  - f. Los adultos por su madurez y conocimiento, son siempre a quienes se culpa por el abuso. El menor nunca debe ser culpado.
  - g. Cuando un niño le cuenta a alguien sobre el Abuso, siempre se debe tener como primer paso una respuesta de apoyo para que el menor restablezca su confianza con los adultos (6).
  - h. Ningún niño está preparado psicológicamente para enfrentar y entender una estimulación sexual iterativa. Un niño de dos o tres años, que no sabe que esta actividad sexual no debería suceder, desarrollará problemas por la incapacidad para acoplarse a la sobreestimulación.
  - i. Un niño de cinco años o más, que conoce al abusador y se preocupa por él, se encontrará atrapado entre el afecto y lealtad de la persona y el sentido de lo incorrecto de la actividad sexual. Si el menor intenta huir de la relación sexual, el abusador puede amenazar el niño con violencia o pérdida de su amor. Cuando el abuso ocurre dentro de la familia, el niño puede temer por el disgusto, los celos o la culpa de los otros parientes o tener miedo que la familia se desmebre al contar su secreto.
  - j. Un menor víctima de abuso sexual prolongado desarrolla usualmente autoestima baja, una sensación de desesperanza y una visión anormal o

distorsionada del sexo. El niño se puede alejar o desconfiar de otros y hasta puede llegar a tener ideaciones suicidas.

- k. Algunos niños que han sido abusados sexualmente tienen dificultades para relacionarse con otros a excepción de cuando se habla de temas sexuales. Algunos niños abusados pueden volverse abusadores sexuales o prostitutas, o tener serios problemas sexuales cuando alcanzan la vida adulta. Esto no es una regla.
- l. Con frecuencia no hay signos físicos obvios en niños con abuso sexual. Algunos signos pueden ser detectados al examen físico por un médico y pueden desaparecer en menos de una semana posterior al abuso.

## Signos de certeza

### Indicadores de certeza

- Embarazo
- Enfermedades de transmisión sexual, sífilis adquirida
- Gonococcia
- Líquido seminal
- Espermatozoides o fosfatasa ácida en vagina, región vulvar, cavidad oral, piel y ropa interior, orina (los espermatozoides pueden permanecer evidenciables en la ropa hasta 12 meses).

### Indicadores de alta sospecha

- Relato espontáneo del niño.
- Relato de un tercero (familiar, vecino, amigo de la infancia, maestro, etc.)
- Hallazgos físicos: Diámetro transversal himeneal mayor de 1 cm. En niñas prepuberales (diámetro entre 0.5 cm. y 1 cm., dudoso, a veces en casos de buena relajación se encuentra esta apertura en niñas que no fueron abusadas).
- Esfínter anal dilatado con pérdida de pliegues y rugosidad de la mucosa sola o con fisuras múltiples en hora 6 y 9. Luego de dos horas de penetración anal existe complacencia, produciéndose una contracción espasmódica del esfínter interno y externo, que perdura 72 horas, recobrando luego su tono normal.
- Hematomas, excoriaciones, rasguños en región extragenital (cuello, pechos, región interna de muslos) aislados o en combinación con los signos anteriores.
- Hematoma perianal: Lesiones en la región escrotal y peneana (heridas, hematomas, mordeduras, etc) (7,8).

La actitud del psiquiatra de niños y adolescentes o experto en salud mental infantil que le provea de tratamiento al menor debe estar enfocada a ganar la confianza del

paciente. Estar dispuesto a escuchar todo lo que el menor desee contar aunque no tenga que ver con lo que se desee tratar. El interés centrado en la patología puede condicionar la tarea y significar con su atención que lo único importante que le sucede al paciente es lo relativo al abuso sexual, contribuyendo así a su estigmatización. Aunque se haya presentado abuso sexual es posible que el niño no quiera relatarlo, decisión que debe ser respetada. Cualquier acción coercitiva para forzar el relato es una forma velada de abuso que se juega en la relación transferencial. Es el equivalente a un exámen clínico involuntario e innecesario y conduce a la iatrogenia. El relato del abuso sexual posee un valor especial para la justicia por lo que es recomendable, que sea registrarlo textualmente en la Historia Clínica. Debe tenerse en cuenta que el cuidado familiar y la coexistencia con maltrato infantil en niños abusados hace que toda consulta por abuso sexual merezca la realización de un psicodiagnóstico que incluya a los padres.

### Manifestaciones del abuso

Se ha hablado de muchas manifestaciones emocionales del abuso, pero realmente no todos los menores desarrollan los mismos síntomas, un solo síntoma no es un indicador de abuso sexual. Los niños abusados sexualmente pueden desarrollar lo siguiente:

- Interés inusual o evitación de temas de naturaleza sexual
- Pesadillas, reminiscencias o problemas al dormir
- Depresión o alejamiento de amigos o familia
- Conductas de seducción
- Asumir que sus cuerpos son sucios o están dañados o miedo de tener algo malo en su área genital
- Deseos de no ir al colegio, fallas en metas escolares
- Delincuencia o problemas de conducta
- Mantener conductas secretas
- Aspectos relativos a ofensas sexuales en dibujos o juegos o fantasías.
- Agresividad inusual
- Comportamientos autodestructivos, autoabusivos o pensamientos y acciones suicidas
- Pobre autoimagen y autoestima
- Actuaciones sexuales
- Dificultad para confiar en o amar a otros
- Violencia y rabia
- Miedo a entrar en actividades con otros o en nuevas relaciones
- Tristeza o síntomas depresivos
- Uso o abuso de alcohol

Con frecuencia el daño emocional severo a los niños abusados no se observa sino en la adolescencia o después. Estos adultos pueden tener problemas con la cercanía física, el contacto corporal, la intimidad y

confianza con otros. Sin un tratamiento apropiado estos niños pueden estar lesionados y con secuelas de por vida.

La identificación temprana y el tratamiento apropiado es importante para minimizar las consecuencias a largo plazo. Los padres de estos menores también se benefician de apoyo emocional, entrenamiento en crianza y manejo de la ira.

Cuando se le informa al padre que su hijo ha mencionado haber sufrido de abuso sexual, se debe intentar calmar al padre antes de que hable con el menor y mostrarle que su calma también hace sentir al niño seguro para contar lo sucedido, especialmente cuando ha sido amenazado por el abusador. Únicamente cuando se ha hecho un gran esfuerzo para el niño se sienta seguro de hablar él va a dialogar al respecto de lo vivido.

Los niños que han sido abusados sexualmente pueden desarrollar síntomas compatibles con alteraciones neurobiológicas. El trauma es tan extremo que puede saturar los mecanismos humanos para adaptarse y crear sensaciones intensas de miedo y desesperanza. El desarrollo de este tipo de síntomas depende de la historia previa del menor, la severidad del abuso sexual y el tiempo y cantidad de exposición al trauma.

Los síntomas incluyen pensamientos intrusivos, recurrentes y angustiosos sobre el evento. Pesadillas sobre lo sucedido. Actuaciones o sensaciones como si el abuso sexual aún estuviese ocurriendo. Un malestar exagerado cuando se expone el menor a situaciones que le recuerden el evento traumático. Sensaciones de despersonalización y síntomas de aumento en el alertamiento y ansiedad ante cualquier estímulo. Estos síntomas se han denominado trastorno de estrés postraumático (9).

Estudios de neuroimágenes en adultos que llenan los criterios para trastorno de estrés postraumático muestran reducción del volumen hipocámpal; sin embargo múltiples estudios a nivel pediátrico no han podido replicar este hallazgo. En niños y adolescentes con trastorno de estrés postraumático se ha encontrado reducción de las áreas medial y posterior del cuerpo calloso.

En menores que han sido maltratados y abusados sexualmente se ha encontrado que existe un papel importante en la expresión de genes de monoaminooxidasa que se correlacionan con el desarrollo de trastorno antisocial y sociopatía; a mayor nivel del genotipo que confiere altos niveles de monoaminooxidasa, menor comportamiento antisocial. Individuos con historia de abuso, con una o dos copias del alelo de 5-HTTLPR (transportador de serotonina), muestran más síntomas depresivos que individuos homocigotos para este alelo.

## Prevención

La forma en que los padres y médicos pueden prevenir o disminuir la posibilidad de abuso sexual es:

- Decirle al niño que si alguien trata de tocar su cuerpo y hacerle cosas que le hagan sentir cosquillas, debe decirle que no a esa persona y decírselo inmediatamente al padre.
- Enseñar a los niños que respeto no significa obediencia ciega a los adultos y a las autoridades. Por ejemplo no decir a los niños que hagan todo lo que el profesor o la niñera les dice que hagan.
- Estimular un programa de prevención profesional en el sistema escolar.
- Estimular redes telefónicas donde el menor pueda comunicarse libremente.

Los niños abusados sexualmente necesitan evaluación profesional inmediata y tratamiento. Los psiquiatras de niños y adolescentes pueden ayudar a los niños abusados a tener una adecuada autoestima, sobreponerse a los sentimientos de culpa y comenzar un proceso de superación del trauma. Este tratamiento puede reducir el riesgo de que el menor desarrolle serios problemas como adulto (11).

Muchos padres tienen miedo o se sienten inseguros al hablar de sexo con sus hijos, especialmente si son pequeños. Para abonar el terreno se debe establecer un diálogo abierto sobre el cuerpo y sus partes, introduciendo los temas sexuales de manera temprana. Se habla del tema del abuso, pero también de la sexualidad sana, para evitar que en el imaginario del menor la sexualidad quede ligada a miedo y a ansiedad (12).

Si se ha inculcado en el menor un sentido de propiedad de su cuerpo, automáticamente el niño siente un instinto acerca de lo que está bien en su cuerpo y lo que no. Se construye un sentido natural de propiedad de su ser al dejarle escoger sus ropas o bañarse a su gusto. En nuestra cultura latinoamericana, al ser fraternos podemos estar confundiendo los mensajes, por tanto se debe evitar impulsar al niño a que bese o abrace a otros adultos cuando claramente se ve que no desea hacerlo.

Se debe enseñar a los padres a tratar los cuerpos de sus hijos con respeto, los niños van a tratar sus cuerpos de igual manera. Los niños que son golpeados constantemente, cogidos con fuerza o castigados físicamente en sus casas, pueden como adultos sentir que no hay problema con utilizar sus cuerpos de maneras inadecuadas simplemente porque son grandes.

El tratamiento judicial debe ser especial con los menores. Las pequeñas víctimas de estos abusos pueden no tener la capacidad de comprender los procedimien-

tos de un juicio oral. El lugar o las preguntas pueden confundirlos. Pueden sentir estrés emocional solamente por el hecho de tener que dar el testimonio en público. El confrontar la víctima cara a cara con el victimario es un factor de estrés adicional.

El psiquiatra de niños y adolescentes y el neuropediatra pueden ser llamados para aseverar la competencia del niño para testificar, la credibilidad de lo que el niño informe, si el niño tiene compromiso neurobiológico o emocional y requiere tratamiento o si el niño puede cambiar su información al dar varios testimonios. También pueden ser llamados para evidenciar que el menor ha recibido una preparación para dar el testimonio (13).

Lo ideal es que el menor sea visto por el menor número de personas y por el menor tiempo requerido. Es clave que las agencias compartan la información para no repetir entrevistas con el niño. El desarrollo de equipos especializados para abordar el tema de delitos sexuales hace que se comparta información y se coopere en bien del menor. Entre mayor sea el número de entrevistas, mayor el riesgo de confabulación por refuerzo conductual positivo al poner mayor atención al menor cuando cuenta lo que se desea escuchar. También es importante considerar los falsos alegatos en casos de disputa de custodia o cuando un adolescente está vengándose de alguien a través de una acusación sobre abuso sexual. Existe también la posibilidad de haber malinterpretado una actuación en menores con abusos previos (14).

## Tratamiento

Incluye en primer lugar la exploración directa del trauma, con uso de técnicas de manejo de estrés, exploración y corrección de atribuciones a sí mismo con respecto al trauma, como culpa; además de la inclusión de los acudientes o padres en el tratamiento. El uso de técnicas cognitivo-conductuales que incluyen la discusión directa, la desensibilización y técnicas de relajación, junto con el replanteamiento y la utilización de contingencias ha sido el más notorio en trabajos de investigación publicados. Se trabaja en las suposiciones del niño con respecto al trauma y su papel en la génesis del mismo. El que los padres se incluyan en la terapia y se constituyan en agentes reforzadores de las conductas de adaptación y sensores de lo que el niño vive en de su casa y familia es muy importante (15).

Se debe estar muy pendiente durante la terapia de síntomas disociativos o psicóticos en los menores. Existen pocos estudios que muestren el uso de medicaciones, pero en caso de conductas disociativas es necesario evaluar y actuar con prontitud tanto en la psicoterapia como con el tratamiento psicofarmacológico.

---

---

## Referencias

1. Practice Parameters for the Forensic Evaluation of Children and Adolescents who may have been physically or sexually abused. William Bernet. M.D., and Work Group. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1997
2. ICBF, SIJU 2006.
3. Volkmar FR. Lewis's Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook, Martin A Editor. 4 Ed. 2007
4. Facts For Families, No. 9. July 2004. Child Sexual Abuse. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [http://www.aacap.org/cs/root/facts\\_for\\_families/informacion\\_para\\_la\\_familia/informacion\\_para\\_la\\_familia](http://www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/informacion_para_la_familia/informacion_para_la_familia)
5. Sexual Harassment. Approved by Council, October 1992, Policy Statement of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
6. Facts For Families, No. 28. July 2004. Responding To Child Sexual Abuse
7. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
8. Gutierrez Ricardo. Guías en Abuso Sexual. Hospital de Buenos Aires. 1995.
9. Matallana Martha. Propuesta Curricular. Compassion Internacional Colombia. 2006.
10. Policy Statement of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
11. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). 2008.
12. Martin, Andres; Volkmar, Fred. Lewis Child and Adolescent Psychiatry: A comprehensive Textbook, 4th Edition. 2007, Lippincott Williams & Wilkins.
13. Child Abuse - The Hidden Bruises. No. 5; Updated July 2004. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.
14. Excerpts from Your Child on the Traumatic Effects of Child Abuse. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.
15. Protecting Children Undergoing Abuse Investigations and Testimony Approved by Council, February 1986. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.
16. Guidelines for the Clinical Evaluation for Child and Adolescent Sexual Abuse. Policy Statement of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Approved by Council, June 1988. Modified December 1990
17. Judith A. Cohen, M.D. Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Posttraumatic Stress Disorder American Academy of Child and Adolescent psychiatry
18. Sexual Harassment. Approved by Council, October 1992, Policy Statement of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
19. Putnam FW (2003), Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. J Am Acad Child
20. Adoles Psychiatry 42(3):269-278
21. 2. Ann S Botash, MD. Pediatrics, Child Sexual Abuse Article Last Updated: Apr 6, 2006
22. Kellogg N. The evaluation of sexual abuse in children. Pediatrics 2005 Aug;116(2):506-12. [46 references] PubMed
23. Kamala London and Maggie Bruck. DISCLOSURE OF CHILD SEXUAL ABUSE. Johns Hopkins University. Copyright 2005 by the American Psychological Association 1076-8971/05

## ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS DEL CI LÍMITROFE

Juana Y. Atuesta F.<sup>1</sup>  
Rafael A. Vásquez R.<sup>2</sup>  
Zulma C. Urrego M.<sup>3</sup>

### Introducción

El bajo rendimiento académico es una queja frecuente en la consulta médica de niños y adolescentes, con causas que van desde el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) como la patología psiquiátrica más prevalente en niños escolares (1), los trastornos emocionales de la infancia, los trastornos del aprendizaje, las deficiencias sensoriales no diagnosticadas y el déficit cognoscitivo, entre los más comunes (2). Sin embargo, existe una condición anómala que sin pertenecer a una entidad nosológica específica, comienza a tener importancia en la práctica clínica: el Coeficiente Intelectual Límitrofe (CIL). Se define por la calificación de Coeficiente Intelectual (CI) entre 71 y 84 según la prueba WISC-R (3). En el DSM IV-TR (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4 ed, revised) se ubica en el apartado "Otras condiciones que pueden ser foco de atención médica" (4) y para algunas escuelas europeas pertenece al espectro de Trastornos del aprendizaje (Learning Disabilities) en el apartado de retardo mental (5)

Los trastornos del aprendizaje se refieren a las deficiencias en niños o adolescentes para la adquisición de habilidades en lectura, escritura, lenguaje, escucha, razonamiento o matemáticas, en comparación con otros niños de la misma edad y capacidad intelectual (6), que conllevan dificultades en la adaptación a situaciones nuevas y cotidianas (7). Representan en Estados Unidos más del 50% de los 5 millones de estudiantes ubicados en colegios de educación especial (8, 9) y han sido objeto de estudio durante los últimos 25 años por su alta comorbilidad con trastornos depresivos (10).

La queja principal de los padres y el sistema escolar de un paciente con CIL es el pobre rendimiento escolar (11) que puede o no asociarse con problemas disciplinarios y de convivencia con pares, con deficiencias en los pro-

cesos de lectoescritura y cálculo, baja autoestima, pobreza para establecer vínculos afectivos, quejas somáticas inespecíficas (12) e incluso intento de suicidio; muchas veces estas quejas corresponden al síntoma más sobresaliente y solamente a través de la anamnesis se identifica además del motivo de consulta inicial, el bajo rendimiento académico concomitante.

Si bien los síntomas anteriormente descritos pueden corresponder a diferentes patologías, no son excluyentes de CIL, lo que es congruente con el hecho que en psiquiatría infantil la comorbilidad es alta (13,14). Un estudio llevado a cabo durante 11 años en recién nacidos con muy bajo peso al nacer (<1500g) comparados con recién nacidos de peso normal, encontró que el antecedente de prematuridad y bajo peso al nacer determinaba múltiples complicaciones entre ellas mayor porcentaje de trastornos del aprendizaje incluido el CIL (15).

Otros factores que influyen en bajo peso al nacer y por ende en CIL son el tabaquismo activo o pasivo en la madre, las infecciones urinarias graves (como propiciadoras de parto pretérmino), la multiparidad (más de 6 hijos), la desnutrición materna, la ausencia de controles prenatales, etc(16); así mismo, ser madre adolescente se ha asociado con bajo peso al nacer y un estudio sobre embarazo en adolescentes encontró que el coeficiente intelectual de estas era inferior al de pares no gestantes (17). Así mismo, el Estudio Nacional Longitudinal sobre Juventud en Estados Unidos concluyó que las adolescentes con CI subnormal tenían inicio más temprano de vida sexual activa y por ello más riesgo de embarazos tempranos (18).

Otras investigaciones han asociado la disminución del CI a exposición crónica con plomo y a agentes contaminantes del gas natural tanto en la madre gestante como en los niños (19,20).

Varios estudios asocian también la presencia de CI subnormal al antecedente de desnutrición infantil, especialmente durante los dos primeros años de vida, que va de la mano de condiciones socioeconómicas precarias, por lo que se busca frenar este flagelo con la fortificación de alimentos comunes (21) y la difusión de programas que favorezcan la lactancia materna y la detección temprana de factores desfavorables del adecuado desarrollo del niño (22).

1. Psiquiatra Universidad del Rosario. Psiquiatra de Niños y adolescentes Universidad El Bosque  
Docente de Psiquiatría Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-Hospital de San José  
E mail: juanis765@yahoo.com  
2. Psiquiatra de niños y adolescentes. Profesor titular Universidad Nacional de Colombia  
Departamento de Psiquiatría y de Especialización de Psiquiatría Infantil de la Universidad El Bosque.  
3. Psiquiatra Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Epidemiología Universidad de Antioquia  
MgSc Psicología Clínica y de la Familia Universidad Santo Tomás.  
Candidata a PhD en Salud Pública Universidad Nacional de Colombia

En 2005, el 12,1% del total de menores de cinco años del país presentó desnutrición crónica o retardo en el crecimiento (23), hecho que es congruente con la situación de exclusión y pobreza en la que se encuentra cerca del 60% de esta población, especialmente en zonas rurales (24).

En 2005, alrededor del 2% de los niños y niñas menores de 5 años presentaba algún tipo de discapacidad cognoscitiva, física, sensorial o emocional, por lo que la detección temprana, el acompañamiento y preparación de la familia así como la oferta adecuada de programas de rehabilitación garantizan un mejor futuro para estos pequeños (25).

En nuestra experiencia, los pacientes con CIL tienen padecimientos emocionales, siempre complicados, de evolución al deterioro y que generan enorme malestar si no se toman algunas medidas. Es esta hipótesis la que se intentó resolver con este proyecto.

## Pacientes y métodos

Se revisó la base de datos de consulta externa del servicio de psiquiatría infantil del Hospital Pediátrico Universitario La Misericordia (HOMI) durante el periodo enero del 2000 a diciembre de 2005 en busca de pacientes con diagnóstico de CIL confirmado por prueba WISC-R; se encontraron 161 pacientes en total. Posteriormente se procedió a revisar las historias clínicas de estos pacientes, para obtener la mayor cantidad de datos sociodemográficos y médicos. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética del hospital.

### WISC-R (Wechsler Intelligence Scale for Children)

Escala para cuantificación de inteligencia en niños; su novena edición (2001) se denomina WISC-R (Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised). La edad de aplicación es de 6 a 16 años y resume la ejecución de una persona en 10 o 12 tareas (26).

## Resultados

Los 161 pacientes con CIL correspondieron al 2.18% del total de consultas durante los 6 años estudiados. De los 161 pacientes 68.94% (n=111) eran varones; la edad promedio fue 11.5 años, con rango de edad entre 6 y 17 años. En cuanto al estrato socioeconómico, 54.03% (n=87) pertenecían al estrato 3; 32.29% (n=52) al estrato 2; 6.21% (n=10) al estrato 1; 4.34% (n=7) al estrato 4 y 3.10% (n=5) no informaron estrato. Del total

de pacientes 16.14% (n=26) provenían de fuera de Bogotá.

El motivo de consulta más frecuente fue *bajo rendimiento académico* con 40.37% (n=65), seguido por *agresividad* en 15.52% (n=25), *inquietud* en 9.31% (n=15), *problemas en socialización e inatención* con 8.07% cada uno (n=13); *ansiedad, indisciplina e intento de suicidio* con 1.86% (n=3) en cada uno y *anorexia* en 1.24% (n=2). El motivo de consulta *anorexia* e *intento de suicidio* se presentó exclusivamente en mujeres. Otros motivos de consulta tuvieron porcentajes menores. Cabe anotar que lo común es que sean varios los motivos de consulta, pero se jerarquizan de acuerdo con la interferencia que generan en el funcionamiento del paciente y se tomó para este estudio el de mayor interferencia; la interferencia se define por el puntaje que el padre o acudiente le asigna a cada queja que lo lleva a consultar en un rango de 0 a 10, siendo 10 lo más grave.

La tabla 1 al final resume los antecedentes más frecuentes encontrados en los 161 pacientes. Al momento de la valoración inicial por psiquiatría infantil 56.52% (n=91) de los pacientes cursaban algún grado de básica primaria y 2.48% (n=4) estaban desescolarizados. Solo una paciente estaba cursando primer semestre de carrera técnica. El resto de los pacientes estaba cursando algún grado de secundaria. De la población estudiante tres pacientes estaban repitiendo más de una vez el mismo grado.

En cuanto a comorbilidad TDAH fue la patología de mayor frecuencia con 57.14% (n=92), seguido por trastorno depresivo y/o ansioso con 22.98% (n=37), trastorno del aprendizaje 14.90% (n=24), trastorno del lenguaje 13.04% (n=21); TDAH y trastorno oposicional desafiante (TOD) se presentaron en 23.60% (n=38) y 6.2% (n=10) tenían más de tres patologías comórbidas, independientes de la edad. Otras patologías tuvieron porcentajes inferiores.

## Discusión

El HOMI es centro de referencia a nivel nacional de sectores sociales pertenecientes al régimen de salud contributivo y subsidiado, lo que da a población que atiende características socioculturales particulares que por sí mismas pueden incidir en los resultados de las pruebas psicométricas (27).

En seis años de evaluación se logró recoger una muestra de 161 pacientes con promedio de edad de 11.5 años de los cuales más de dos terceras partes eran

hombres. El 92.53% de la muestra pertenecía a estrato socioeconómico bajo (estrato 1, 2 o 3) de acuerdo con la distribución del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (28), que representa aproximadamente el 82.2% de la población en Bogotá en el 2005 (29).

Los motivos de consulta más frecuentes se relacionaron con situaciones problemáticas en el medio escolar, lo cual resalta el papel de la escuela al ser el primer escenario fuera del entorno familiar donde se ponen a prueba las competencias cognitivas y sociales básicas (30).

Otro motivo de consulta fue intento de suicidio que tuvo presencia exclusiva en el sexo femenino, lo cual es congruente con lo reportado en el estudio del Hospital Universitario del Valle donde la mayoría de los pacientes adolescentes que ingresaron por intento de suicidio y tenían CI bajo eran mujeres (31).

Si bien se intentó explorar antecedentes que de acuerdo a la literatura médica tienen correlación con la disminución del coeficiente intelectual como la exposición a tóxicos (19) o las complicaciones médicas durante el embarazo (16), la edad materna al momento del parto (12, 32), el bajo peso al nacer (15) y características del neurodesarrollo (34) no fue posible determinar estos antecedentes en todos los pacientes, pues en muchos casos el informante los desconocía, los reportaba como "normales" o peor aún, no eran interrogados por el evaluador.

Muchas de estas dificultades en el desarrollo psicomotor están presentes desde temprana edad (15, 33) pero solo se hacen evidentes cuando las exigencias del medio aumentan y los recursos del niño resultan insuficientes para responder a ellas, lo cual explica por qué es en edad escolar y por solicitud del colegio, cuando más se consulta a psiquiatría infantil.

Un factor propio de la población de estudio que contribuye a que la detección de estas alteraciones a nivel cognitivo, conductual y afectivo no se hagan tempranamente, es la presencia de muchas de estas mismas patologías en los padres o cuidadores de los niños. Este factor dificulta la asimilación del diagnóstico y tomar las medidas de tratamiento pertinentes que sumadas a condiciones socioeconómicas de pobreza, explica la alta deserción durante el seguimiento (34).

La comorbilidad más frecuente correspondió a TDAH, lo cual era esperable al ser la patología psiquiátrica de mayor prevalencia en edad escolar que oscila entre 8 y 20% (1) y que según el último estudio de Salud Mental en Colombia fue de 0.1% para hombres y mujeres de zona urbana entre 18 y 65 años (36). Un estudio reali-

zado por los doctores Muñoz y Franco en Colsánitas en 1998 encontró una prevalencia de 9.3% para TDAH en esa población específica (36).

La patología que más se presentó asociada a TDAH independiente del CIL fue el trastorno de oposición desafiante, TOD; esta constelación de síntomas cognitivos y conductuales explica que las complicaciones a mediano plazo sean mayores en estos pacientes, de acuerdo con estudios longitudinales (37). Sin duda, el CIL es una fuente permanente de dificultades que empeora las otras que padece el paciente. La asociación de TDAH, TOD y CIL pronostica más problemas para el paciente, pobre respuesta al tratamiento y seguramente mayores dificultades de adaptación en la vida adulta, según estudios internacionales (38- 40).

Otras patologías comórbidas que tuvieron alta frecuencia fueron los trastornos afectivos de tipo depresivo y/o ansioso, en muchos casos con severidad importante, por lo cual es mandatorio su diagnóstico y tratamiento conjunto, pues de su abordaje integral dependerá el pronóstico a largo plazo (5, 10, 12).

En un estudio realizado por Pallarés-Artigas et al, los niños con CIL tenían mayores dificultades a nivel emocional, escolar y social comparados con pares con CI normal (4,41).

Para estos pacientes el fracaso continuo y persistente en el aula, hace que se desinteresen en los contenidos académicos y se marginen de la escuela, aún antes que ella los excluya. Se incorpora este factor a la vida de los pacientes, produciendo alteraciones en su autoimagen, se consideran marginales para estudiar; estamos en frente del fracaso como factor poderoso de facilitación de psicopatología en niños y adolescentes.

## Conclusiones

El bajo rendimiento académico es un fenómeno multicausal y dinámico, que constituye un reto para el médico que atiende niños y adolescentes, pues constituye uno de los principales motivos de consulta y aunque poco se conoce en literatura médica sobre las implicaciones psicopatológicas del CIL, es una entidad nosológica que debe tenerse en cuenta como una posibilidad diagnóstica dentro del enfoque del fracaso escolar.

Se hace necesaria la exploración detallada y tratamiento de otras patologías de tipo conductual o emocional como el TDAH, TOD, y los trastornos depresivos y/o ansiosos que disminuyan el riesgo de complicaciones a mediano y largo plazo.

**Tabla 1**

<b>Perinatales</b>	Cesárea	9.93% (n=16)
	Parto instrumentado	5.59% (n=9)
	Ictericia neonatal	5.59% (n=9)
	Sufrimiento fetal agudo	4.96% (n=8)
	Prematurez	3.81% (n=5)
<b>Desarrollo psicomotor</b>	Retardo psicomotor	20.49% (n=33)
	Retardo aparición de lenguaje	8.69% (n=14)
<b>Patológicos</b>	Rinitis alérgica	11.80% (n=19)
	Epilepsia	11.18% (n=18)
	Dermatitis atópica	1.86% (n=3)
<b>Traumáticos</b>	Trauma craneoencefálico	3.81% (n=5)
<b>Académicos</b>	Repitencia escolar	19.87% (n=32)
<b>Otros</b>	Adoptado	2.48% (n=4)
	Maltrato infantil	2.48% (n=4)

El tratamiento del paciente con bajo rendimiento académico y CIL debe corresponder a un equipo multidisciplinario que permita la modificación del mayor número de factores individuales y sociales desfavorables concomitantes.

### Limitaciones

No fue posible la evaluación de todos los factores que la literatura científica relaciona con disminución del CI debido a que algunos de ellos no estaban consignados en la base de datos ni en las historias clínicas y otros ni siquiera fueron evaluados.

La población estudiada en su mayoría pertenecía a estratos socioeconómicos bajos, por lo que los datos obtenidos no son extrapolables a población general de Bogotá.

### Referencias

1. Cornejo J, Osío O, Sánchez Y et al. Prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol* 2005;40:716-22.
2. Anderson J, Kutash K, Duchnowski A. A comparison of the academic progress of students with EBD and students with LD. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 2001; 9(2):106-115.
3. Artigas-Pallarés J. Perfiles cognitivos de la inteligencia límite. *Fronteras del retraso mental*. *Rev Neurol* 2003; 36 (Supl 1): S161-S167
4. Artigas-Pallarés J, Rigau-Ratera E, Garcia-Nonell C. Relación entre capacidad de inteligencia límite y trastornos del neurodesarrollo. *Rev Neurol* 2007; 44(12):739-744
5. Halstead S. Risk assessment and management in psychiatric practice: inferring predictors of risk. A view from learning disability. *International review of psychiatric* 1997; 9: 217-224.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Text rev. DSM IV TR Washington(DC): American Psychiatric Association;2000
7. Gjaerum B, Bjornerem H. Psychosocial impairment is significant in young referred children with and without psychiatric diagnosis and cognitive delays. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2003;12(5):239-248.
8. Watkins M, Kush J, Schaefer B. Diagnostic utility of the learning disability index. *Journal of Learning Disabilities*; mar/apr 2002;35(2):98-103
9. Kavale K Identifying specific learning disability: Is responsiveness to intervention the answer? *Journal of Learning Disabilities*; Nov/Dec 2005;38(6):553-562
10. Maag J, Reid R. Depression among students with learning disabilities: Assessing the risk. *Journal of Learning Disabilities* Jan/Feb 2006;39(1):3-10
11. Mastropieri M, Scruggs T. Feasibility and consequences of response to intervention: Examination of the issues and scientific evidence as a model for the identification of Individuals with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*;Nov/Dec 2005;38(6):525-531)
12. Cohn P. Why does my stomach hurt? How individuals with learning disabilities can use cognitive strategies to reduce anxiety and stress at the college level. *Journal of Learning Disabilities* Sep/Oct 1998;31(5):514-516
13. Martínez R, Semrud-Clíkeman M. Emotional adjustment and school functioning of young adolescents with multiple versus single learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities* Sept/Oct 2004;37(5):411-420
14. Manassis K, Tannock R, Young A, Francis-John S. Cognition in anxious children with attention deficit hyperactivity disorder: a comparison with clinical and normal children. *Behav Brain Funct*. 2007;3(4)
15. Litt J, Taylor G, Klein N, Hack M. Learning Disabilities in Children with Very Low birth weight: Prevalence, neuropsychological correlates, and educational interventions. *Journal of Learning Disabilities*; Mar/Apr 2005; 38(2):130-141.
16. Gutiérrez N. Factores maternos asociados al bajo peso al nacer, en el hospital Dr. Fernando Vélaz Paiz del 1º de julio al 31 de diciembre de 2004 [tesis doctoral]. Managua (Nicaragua): Hospital Dr Fernando Velez Paiz; 2005
17. Valdivia M, Molina M. Factores psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años. *Revista de psicología de la Universidad de Chile*. 2003; XII(2):85-109
18. Shearer D, Mulvihill B, Klerman L, Wallander J, Hovinga M, Redden D. Association of early childbearing and low cognitive ability. *Perspectives on sexual and reproductive health* Sep/oct 2002;34(5):236-243
19. Rivas F, Vicuña N, Wong S. Exposición urbana no ocupacional al plomo y niveles sanguíneos en mujeres embarazadas y recién nacidos, Mérida, Venezuela. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2000;18(2):73-81
20. Silva H. Impactos en la salud ocasionados por la contaminación al ambiente de los líquidos del gas natural. Disponible en: [http://www.minem.gob.pe/archivos/dgaae/eventos/presentacion\\_ii/4.pdf](http://www.minem.gob.pe/archivos/dgaae/eventos/presentacion_ii/4.pdf). [Citado 06-04-07].



21. Scrimshaw N. La fortificación de alimentos: Una estrategia nutricional indispensable. *An Venez Nutr* 2005;18(1)
22. UNICEF. 2006b. Primera Infancia. Invertir en la primera infancia para romper el círculo de la pobreza. Disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/earlychildhood/index\\_investment.html](http://www.unicef.org/spanish/earlychildhood/index_investment.html) [Citado 06-04-07].
23. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. 2003. Estadísticas Vitales. Disponible en [www.dane.gov.co/index.php?option=com\\_content&task=view&id=44&Itemid=398](http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=view&id=44&Itemid=398) [Citado 06-04-07]
24. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. 2003b. Encuesta de Calidad de Vida. Disponible en: [www.colombiastad.gov.co/index.php?option=com\\_content&task=view&id=74&Itemid=72](http://www.colombiastad.gov.co/index.php?option=com_content&task=view&id=74&Itemid=72) [Citado 06-04-07]
25. República de Colombia. Colombia por la primera infancia. Política pública por los niños y niñas, desde la gestación hasta los 6 años. Bogotá, diciembre de 2006. Disponible en: [www.unicef.org.co/-68k](http://www.unicef.org.co/-68k) [Citado 06-04-07]
26. Amador J, Fornas M, Kirchner T. La escala de inteligencia de Wechsler para niños Revisada (WISC-R). [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2003
27. Naglieri J, De Lauder B, Goldstein S, Schwebech A. WISC III and CAS: Which correlates higher with achievement for a clinical sample?. *School Psychology Quarterly* 2006; 21(1):62-76
28. Mapa e información de estratos en Bogotá. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/index.php?searchword=estratos+en+Bogota&option=com\\_search&Itemid=72](http://www.dane.gov.co/index.php?searchword=estratos+en+Bogota&option=com_search&Itemid=72)
29. Estratificación socioeconómica. Disponible en: [http://www.metrocuadrado.com/contenidom2/ciudyprec\\_m2/inforbog\\_m2/informaciongeneralbogot/ARTICULO-WEB-PL\\_DET\\_NOT\\_REDIM2-2026901.html](http://www.metrocuadrado.com/contenidom2/ciudyprec_m2/inforbog_m2/informaciongeneralbogot/ARTICULO-WEB-PL_DET_NOT_REDIM2-2026901.html)
30. Sternberg R. Human abilities. *Annual Review of Psychology* 1998;49:479-502.
31. Campo G, Roa J, Pérez A, Salazar O, Piragauta C, López L, Ramírez C. Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. *Colomb Med* 2003;34:9-16
32. Furtado E, Laucht M, Schmindt M. Gender-related pathways for behavior problems in the offspring of alcoholic fathers. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. 2006;39:659-669
33. Mandelbaum D, Stevens M, Rosenberg E et al. Sensorimotor performance in school-age children with autism, developmental language disorder and low IQ. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2006; 48(1):33-40.
34. Acero A, Vásquez R. Psiquiatría Infantil en el hospital pediátrico. *Rev. Colomb. Psiquiat* 2007; 36 (3):460-470.
35. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Estudio nacional de salud mental, Colombia, 2003. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2004
36. Muñoz R, Franco A. Características epidemiológicas asociadas a psicopatología en niños y adolescentes. *Rev Colomb Psiquiatr*. 1998;27:7-18.
37. Kadesjo C, Hagglof B, Kadesjo B, Gillberg C. Attention-deficit-hyperactivity disorder with and without oppositional defiant disorder in 3 to 7 year old children. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2003;45(10):693-715
38. Hassiotis A, Strydom A, Hall I, Ali A, Lawrence-Smith G, Meltzer H et al. Psychiatric morbidity and social functioning among adults with borderline intelligence living in private households. *J Intellect Disabil Res*. 2008;52(2):95-106
39. Hassiotis A, Ukoumunne O, Tyrer P, Piachaud J, Gilvarry C, Harvey K, Fraser J. Prevalence and characteristics of patients with severe mental illness and borderline intellectual functioning. Report from the UK700 randomised controlled trial of case management. *Br J Psychiatry*. 1999; 175: 135-140.
40. Rimmerman A, Yurkevich O, Birger M, Azaiza F, Elyashar S. Quality of life of Israeli adults with borderline intelligence quotient and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Int J Rehabil Res* 2007; 30(1):55-60.
41. Artigas-Pallarés J, Rigau-Ratera E, García-Nonell C. Capacidad de inteligencia límite y disfunción ejecutiva. *Rev Neurol* 2007; 44(Supl 2):S67-S69.

## DUELO EN LA INFANCIA

Lyda M Lozano C.<sup>1</sup>  
Roberto Chaskel<sup>2</sup>

La muerte de un ser querido genera reacciones diversas en los individuos teniendo en cuenta la cultura a la cual se pertenece, el ámbito social, las experiencias previas y la comprensión de la muerte.

En la infancia y la adolescencia las pérdidas de figuras significativas de apego no son infrecuentes, y según datos estadísticos el 4% de los niños pierden un padre antes de los 15 años (1).

Las necesidades de niños y adolescentes en las circunstancias que rodean la muerte no son totalmente conocidas y suplidas por los adultos, lo que hace más difícil el apoyo y el reforzamiento de habilidades de afrontamiento para asumir esta difícil situación (2)

### Bases Teóricas

A lo largo del desarrollo la comprensión de la muerte varía al igual que las conductas presentadas por los niños cuando se enfrentan a la muerte. Quienes han observado las conductas de los niños, han hecho aportes teóricos fundamentales para la comprensión y el direccionamiento del abordaje en el duelo.

#### John Bowlby

Analizó las conductas normales de apego infantil y lo que sucedía cuando este apego se rompía por una pérdida severa como una separación por largo tiempo de un miembro cercano de la familia, particularmente del cuidador primario (3).

Describió la secuencia de reacciones en los niños pequeños ante la separación de su madre como protesta, desesperanza y desapego (4). Una fase de protesta en la que el niño añora al fallecido y suplica por su regreso; la fase de desesperanza en la que se pierde la confianza y la ilusión de recuperar al ser amado y finalmente una fase de desapego en la que aparecen la apatía y la ruptura del vínculo emocional.

Bowlby también describe que es habitual que después de una pérdida los niños manifiesten ansiedad y estallidos de cólera. La ansiedad se debe a que el niño puede temer sufrir una nueva pérdida, lo que le hace

más sensible a toda separación de la figura que desempeña las funciones de maternaje (5). Destaca además, la importancia de asesorar a los padres con el fin de que puedan ayudar a sus hijos en la elaboración del duelo porque solo cuando se da una información verdadera, con empatía y apoyo puede esperarse que un niño o adolescente responda a la pérdida con cierto grado de realismo (5).

#### Margaret S. Mahler

Consideró el proceso de duelo como una parte integral del desarrollo del yo. Ella concebía el duelo como una "reacción básica", explicaba que el yo emerge desde la fase indiferenciada, la mímica, los gestos y signos fisiológicos del duelo aparecen en forma rudimentaria (1961).

Planteaba la dificultad que surge cuando la separación se da en edades muy tempranas, porque si esto sucede, el proceso de separación que normalmente debe realizarse no tendría cabida en el niño (3).

#### Jean Piaget

Su teoría cognitiva ayuda a entender cómo piensan los niños de 3 años y menores (1950). A esta edad están en el estadio de pensamiento primario, pensamiento preoperacional, es decir que usan procesos de pensamiento concretos y por tanto entienden la muerte como inmovilidad (3).

### Desarrollo y Duelo

Siguiendo con las teorías de Piaget, se observa que el desarrollo cognitivo es un pilar básico en el afrontamiento de la muerte en los niños. Sus reacciones emocionales y conductas dependen de la capacidad de entender el significado de la muerte. De esta manera se ha descrito por grupos de edades la comprensión de la muerte.

#### Duelo y desarrollo

La comprensión que puede tener el niño de la muerte varía de acuerdo a su nivel de desarrollo (6-9). Diversos autores han explicado la comprensión del duelo según la edad del niño o adolescente de la siguiente forma:

- Menores de 3 años: No existe un concepto de muerte debido a las limitaciones en la percep-

1. Médica Cirujana Universidad del Quindío. Residente 3er año Psiquiatría - Universidad Militar Nueva Granada  
2. Coordinador Psiquiatría Infantil. Hospital Militar Central. Profesor asociado. Universidad del Bosque - Universidad Militar Nueva Granada

**KEPRA GRUNENTAL**

ción del tiempo y el espacio. A esta edad la muerte equivale a la separación en un sentido concreto, desde la percepción de que falta algo o alguien. La separación es vivida como un abandono y representa una amenaza a la seguridad (3).

- De 3 a 5 años: El niño ve la muerte como un sueño o una larga jornada. La vida y la muerte aparecen como procesos intercambiables, aunque el niño es capaz de percibir la diferencia entre estar vivo y estar muerto. Hacia los 5 años pueden comprender que la muerte significa no funcionalidad, irreversibilidad, pero aún no comprenden su universalidad.
- De 6 a 8 años: La muerte se personifica y aparece como algo externo y con causas determinadas que puede afectar a ciertas personas, aunque al niño le resulta difícil imaginar su muerte o la de sus padres.
- De 9 a 10 años: Son capaces de pensar que la muerte es inevitable y saber que puede sucederles a ellos. Presentan sentimientos de fragilidad y mortalidad (10).
- De los 11 años en adelante: Crece la necesidad de crear su propia filosofía de la vida y en consecuencia cambiar su actitud hacia la muerte. El adolescente quiere comprender lo que la muerte significa para él y para su vida futura, pero si el miedo le angustia y le obsesiona puede provocar conductas agresivas e inadaptadas en un intento de negación de la realidad. En un niño la reacción emocional a la muerte depende de su madurez emocional y su cognición (11).

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado respecto a la comprensión del duelo según la edad, se puede entender más fácilmente que cada niño tenga diferentes expresiones del duelo.

## Manifestaciones del duelo según la edad

### Menores de tres años

Los niños menores de tres años no son aún capaces de interpretar nociones más abstractas, como la permanencia o universalidad de la muerte y aunque su entendimiento cognitivo es limitado, los niños a esta edad ya sienten y reaccionan ante la muerte de una persona importante en sus vidas con fuertes emociones y confusión.

Dentro de las emociones dolorosas que a menudo presentan cabe destacar la ansiedad de separación, la ambivalencia, la incertidumbre de llegar a apegar-

se a alguien, y nuevamente perderlo, sentimientos de culpa y hostilidad, temor de haber sido el causante de la muerte o la infelicidad en la familia (3).

Uno de los autores que ha investigado el tema de duelo dentro del ámbito de los cuidados paliativos desde hace más de 30 años, resume que el duelo de los niños más jóvenes eventualmente se da alrededor de tres preguntas:

1. Qué es la muerte?
2. Puede sucederme?
3. Puede sucederte? (12)

En cuanto a las respuestas que han de proporcionarse a los niños, se debe considerar que para el niño de esta edad, los padres son omnipotentes. Si el padre niega o intenta cubrir la ocurrencia de la muerte y es incapaz de hablar acerca de ello, los niños llegan a ser concientes que esto es un asunto que “no debe ser tocado”, convirtiéndose en un tema tabú y como consecuencia no preguntará por la persona fallecida, y no podrá aclarar las dudas que tiene al respecto (13).

Respuestas de tipo eufemismos, tales como: “Está en un largo viaje...”, “Descansa en paz”, “Está con Dios”, “Está durmiendo un largo sueño”, generan solo dudas y falsas expectativas. Por ejemplo, el menor podría llegar a tener miedo de dormir porque puede que no despierte. La sugerencia de los investigadores de este tema es que deben ser respuestas cortas y honestas, y la comunicación debe darse en un ambiente de apertura donde el niño se sienta libre de hacer preguntas (14).

### De 3 a 5 años

A esta edad existe un sentido de pérdida y pueden buscar a la persona fallecida activamente. Dicho sentir está compuesto por cambios mayores en su rutina, pueden mostrar regresión en las etapas del desarrollo, pueden romper las relaciones con los demás por expresiones inesperadas de enojo y agresión (15).

### De 6 a 10 años

Es común la expresión a través de temores, miedos, por ejemplo a ir a dormir o a estar solo. Las dificultades del sueño son comunes entre los 5 y los 7 años. Los niños mayores presentan con frecuencia pesadillas, buscan dormir con sus padres, manifiestan más síntomas somáticos, cefaleas, dolores abdominales, problemas para concentrarse (14).

Sus preguntas acerca de la muerte pueden reflejar curiosidad o señalar ansiedades acerca de “responsabilidad” por la muerte de la persona cercana. La muerte de un padre o un hermano a esta edad cambia las creencias del niño que la muerte es una ma-

nifestación de la edad mayor, y pueden presentarse ansiedad de separación y preocupación acerca de la vulnerabilidad de los otros miembros de la familia (15).

### De 11 años en adelante

En este momento vital suele haber múltiples formas de expresión. Los adolescentes pueden aislarse de las actividades familiares y buscar apoyo en sus pares. La muerte permite al adolescente en duelo preguntarse sobre el significado de la vida (16). Algo cambia sobre su propia mortalidad con riesgo de tomar comportamientos tales como beber o ingerir drogas. Los adolescentes tienen la capacidad cognitiva de revisar el pasado y contemplar las consecuencias a largo plazo de la muerte. El recuerdo de la persona fallecida puede generar comodidad o culpa.

La muerte de un padre o un hermano puede cargar al adolescente con nuevos roles familiares y responsabilidades, y expectativas que se comporte como un adulto, su sentido de responsabilidad y el deseo de proteger a los adultos afligidos resulta en una mezcla de mensajes alrededor de ellos (17)

Es en este periodo cuando se adquiere la conceptualización "adulta" de la muerte, como un evento con cinco características:

1. Universalidad
2. Irreversibilidad
3. No funcionalidad
4. Causalidad
5. Continuación no corpórea (18)

### Mitos y realidades respecto al duelo en la infancia

Dentro de la cultura occidental, ha prevalecido el temor frente al tema de la muerte y es común que se penalice o se esconda en una idea por minimizar la situación real de desolación y pena que provoca el fallecimiento de un ser amado. En torno a los niños han surgido diferentes "teorías", respecto a cómo enfrentan la muerte, algunas de ellas muy alejadas de la realidad. Aquí se plantean algunos de los mitos y las realidades al respecto:

#### Mitos

1. Los niños no sufren.
2. El duelo en los niños no provoca un sufrimiento tan profundo como el de los adultos.
3. Los niños cuentan con suerte, porque son tan jóvenes que no entienden sobre la muerte.

4. Deben ser protegidos del dolor y el sufrimiento que la muerte lleva con el fin de mantener su inocencia infantil.
5. Dada su juventud y resiliencia son capaces de olvidar fácilmente la persona cercana fallecida, resolver el duelo rápidamente y seguir con sus vidas.
6. Cuando se consideran como grupo los niños y adolescentes entienden, experimentan y expresan el duelo de la misma manera (19).

#### Realidades

1. Todos los niños sufren
2. Niños y adolescentes expresan su duelo en forma diferente a los adultos y también pueden sufrir.
3. Son vulnerables y pueden tener desventajas cuando están en duelo.
4. No pueden ser protegidos de la muerte.
5. Algunos olvidan y otros recuerdan
6. El duelo en niños y adolescentes es distinto a las diferentes edades, en cuanto a comprensión, experiencia y expresión (19).

La aceptación de estas realidades y el conocimiento que las reacciones emocionales y comportamentales de los menores dependen de muchos factores y es lo que lleva al adulto a poder ayudar a los niños en su proceso de duelo.

### Factores involucrados en el proceso de duelo

El duelo se resuelve apropiadamente cuando el niño acepta la muerte, se separa emocionalmente del fallecido, reasume la trayectoria de su existencia y es capaz de establecer nuevas relaciones satisfactorias. Si los niños negocian satisfactoriamente el proceso, se verá reflejado en la calidad de sus relaciones futuras de apego (20).

Los factores que intervienen en la elaboración del duelo, son múltiples e interdependientes, algunos de ellos son modificables, mientras que otros no lo son.

#### 1. Factores del niño

Es importante dentro de la evaluación del niño en duelo contextualizar la situación de muerte, es decir saber cómo fue su experiencia particular en el momento vital en que ocurrió, además de aclarar cómo es el niño, cuáles son sus mecanismos de afrontamiento indivi-

dual, su habilidad para adaptarse a los cambios y su historia de vida. Entonces se deben identificar:

1. Experiencias
2. Personalidad
  - Estilo de vida
  - Respuesta al estrés
  - Sexo
  - Capacidad de adaptación
  - Relaciones estrechas (21)

Las tareas con los niños están encaminadas a buscar la comprensión de cómo ocurrió la muerte, la aceptación del dolor y la durabilidad de la pérdida, la tolerancia a los sentimientos desagradables entre los que se encuentran el dolor y el enojo, renegociar la relación con el fallecido para mantener su imagen interior, y la formación de nuevas relaciones emocionales adecuadas (20).

Las estrategias que han mostrado ser eficaces para el trabajo individual con los niños son las siguientes:

1. Incrementar la autoestima del niño
2. Fortalecer el control interno
3. Mejorar las habilidades de afrontamiento del niño
4. Facilitar la expresión de emociones
5. Facilitar una relación positiva padre-hijo
6. Incrementar los reforzamientos positivos
7. Mejorar la comunicación padre(familiar) sobreviviente-hijo
8. Mantener la disciplina en el hogar
9. Reducir el estrés parental
10. Incrementar las interacciones positivas en las familias
11. Reducir la exposición de los niños a eventos vitales negativos (22)

## 2. Factores de la familia

Cada familia, como unidad funcional, tiene su manera de entender, vivir y enfrentar los momentos de crisis y el caso de la muerte no es una excepción, es por esto que se deben evaluar:

- Afrontamiento familiar
- La magnitud de crisis
- El comportamiento colectivo
- El estilo de comunicación
- Las alianzas
- Los recursos (21)

## Duelo y familia

El sistema familiar es una unidad psíquica, que incluye a cada individuo sin desvirtuar la condición autónoma e independiente de cada uno de sus integrantes. En el duelo se observa al individuo sumergido en

otro nivel, en un nivel lógico diferente que lo abarca y del cual es partícipe integrando la familia. En este sentido se observa la emergencia de la interacción, conexión o vínculo de los diferentes miembros (23).

La unidad psíquica (familia) utiliza a sus componentes de forma diversa y es esa manera particular en que cada persona es utilizada y la forma en que está inscrita en la historia actual y transgeneracional, lo determinante en la resolución del fenómeno de la separación, la muerte y el duelo. La muerte de un miembro de la familia, rompe la unidad psíquica del grupo, por lo tanto se pierde parte de la estructura del sistema para siempre y se alteran: los elementos que la caracterizan, la corporalidad, las relaciones, los vínculos, los nexos, las conexiones y las pautas.

El sistema como tal ya no existe, ahora es “otro” y como tal debe estructurarse a partir de un nuevo espacio y un tiempo vaciados. Esto exige una nueva organización, un nuevo estilo de conectarse y de relacionarse entre los miembros sobrevivientes (24).

El equilibrio homeostático original se altera y en el desequilibrio deben encontrarse las soluciones para volver a organizarse. Esto puede lograrse a través de un proceso de duelo normal. El duelo normal en la familia, al igual que en el proceso de duelo individual, supone un cambio que si no se asume comenzarán las dificultades en el manejo de esta nueva situación al interior de la familia. Buscarán hallar la solución proyectándose en un espacio y un tiempo diferentes. Si bien lo más común es que los duelos se resuelvan de modo satisfactorio, existen posibilidades de que este proceso se altere (25).

## Duelo funcional

Una familia cuyo funcionamiento es normal, habitualmente permite que cada uno de los miembros viva el proceso de duelo a su propio ritmo. Cada individuo está en un ciclo vital particular y por tanto la representación de la muerte será asumida y resuelta de acuerdo a su momento existencial. Un duelo en una familia es resuelto cuando todos y cada uno de sus integrantes lo ha resuelto. Por el contrario, si esto no sucede, ocurren la disfuncionalidad, la patología o y los trastornos (26).

La resolución del duelo en la infancia requiere de la comprensión de su proceso de pérdida como seres individuales que tienen un conocimiento particular frente a la muerte, una manera distinta de manifestar sus emociones y a la vez el reconocimiento como seres pertenecientes a una unidad psíquica llamada familia.

---



---

## Referencias

1. Lewis M. Child and adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook. Philadelphia, EUA. Editorial Lippincott Williams and Wilkins; 2002.
2. Haine R, Ayers T, Sandler I, Evidence-based practices for parentally bereaved children and their families. Professional psychology: Research and practice 2008;39(2):113-121.
3. Shortle N, Young A, Williams M. Understanding death and grief for children three and younger. Social work. 1993 Nov;38(6).
4. Bowlby J. La separación afectiva. Barcelona, España. Editorial Paidós;1997.
5. Bowlby J. La pérdida afectiva. Barcelona, España. Editorial Paidós;1997.
6. Black D. Coping with loss behavement in childhood. British medical journal 1998;3(16):931-933.
7. Brown E, Handel S, Cohen J, Jackson A. Children`s information on the death and parent`s information on the death. Chile;2003
8. Emswiler M, Emswiler J. Guiding your child through grief. New York, USA; 2000.
9. Grollman E. Bereaved children and teens: a support guide for parents and professionals. Boston: Beacon; 1995.
10. Sipos L, Solano C. El duelo en los niños. Experiencia en un centro de salud mental Vallecas. Interpsiquis 2001;http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/90/5501/
11. Leighton S. Bereavement therapy with adolescents: facilitationg a process of spiritual growth. Journal of child and adolescent psychiatric nursing. ProQuest health and medical complete. 2008 Feb; (1):24.
12. Furman E. Helping children cope with death young children.1978; 33(4):25-32.
13. Grollman E. Explaining death to children. Journal of school healt. 1977;47:336-339
14. Deitrick R, Dailey A. Approaching grief. Children`s hospice international.1983.
15. Black D. Coping with loss bereavement in childhood. British medical journal. 1998: 3(12):931-933.p

# ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS Y RESILIENCIA EN LA INFANCIA EN ÉPOCAS DE TERRORISMO

Danilo A. Ortiz J.<sup>1</sup>  
Roberto Chaskel<sup>2</sup>

En tiempos de guerra la violencia está presente cotidianamente en la vida de los niños. Muchos de ellos son testigos de la intimidación, la tortura o la muerte de algún ser querido o de una persona que conocen; otros ven personas gravemente heridas durante tiroteos indiscriminados o personas víctimas de matanzas. En algunos países una cuarta parte de los niños manifiestan que han sido torturados y más de la mitad que han sido objeto de amenazas por parte de las fuerzas armadas. Los niños que han estado en bombardeos o en combates tal vez tengan que hacer frente a graves lesiones físicas como amputaciones, quemaduras graves, sordera o ceguera. En algunos lugares hasta un 10% de los niños han presentado una discapacidad física como resultado de la violencia en tiempos de guerra (1).

La guerra es una experiencia colectiva que destruye el mundo social de la población afectada. En Colombia ha existido el conflicto armado interno en el último medio siglo. En las dos últimas décadas no solo aumentó, sino que se extendió en el país. El riesgo de morir o enfermar como víctima de la guerra aumentó así como el desplazamiento forzado y la pobreza de las comunidades afectadas (2).

## Visión general del terrorismo

La palabra *terror* proviene del idioma latín *terror* o *terroris*, sinónimo de Deimos. En la Antigua Grecia, Ares, Dios de la Guerra, tenía dos hijos: Phobos y Deimos (Miedo y Terror). La palabra «terrorismo» (así como «terrorista» y «aterrorizar») apareció por primera vez en Francia durante la Revolución Francesa entre (1789-1799), significó entonces el uso calculado de violencia o la amenaza de la misma por parte del Estado contra la población civil, normalmente con el propósito de obtener algún fin político o religioso. El terror, como arma política, fue retomado en Rusia en la segunda mitad del siglo XIX, entre algunos grupos opositores al régimen zarista.

Un estudio publicado en 2003 por el ejército estadounidense afirma que existen más de 100 definiciones de terrorismo (3).

El terrorismo es definido por el Departamento de Defensa de los Estados Unidos como “el uso calculado de la violencia o rasgos de violencia para inculcar miedo: intentar coaccionar o intimidar a los gobiernos y sociedades en la persecución de metas que son generalmente políticas, religiosas o ideológicas” (4). La meta del terrorismo no es solo causar un desastre visible, también infligir intimidación y miedo psicológico en cualquier tiempo, durante periodos de paz y de conflicto. A diferencia de la violencia en la comunidad o del conflicto resultante de la guerra, las actividades terroristas no están confinadas a un área geográfica o a un tiempo específico. Los eventos terroristas ocurren súbitamente sin previo aviso y frecuentemente producen trauma severo.

En Colombia los actos de terrorismo, de acuerdo con el Ministerio de Defensa, son aquellos hechos en los cuales son utilizados artefactos explosivos de manera indiscriminada, atacando la vida de los no combatientes y sus bienes, es decir actos contra la población civil. Según esta fuente en 2007 se presentó una disminución de 40% con respecto a 2006, al pasar de 646 actos de terrorismo en 2006 a 387 en 2007 (5).

## Reacciones de los niños al trauma

Los eventos de vida severamente negativos juegan un papel significativo en el incremento del riesgo de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Debido a la dependencia física, emocional y cognitiva de los niños con los adultos, son susceptibles al abuso, negligencia y violencia en manos de las personas mayores (6).

Millones de niños son afectados por abuso físico y sexual, desastres naturales y tecnológicos, accidentes en medios de transporte, procedimientos médicos invasivos, exposición a violencia en la comunidad, violencia en el hogar, agresión y terrorismo. El impacto emocional de la exposición directa a la violencia emocionalmente traumática con frecuencia no se aprecia y por lo tanto no se trata (7).

Los niños varían en sus reacciones a los eventos traumáticos. Pueden oscilar desde preocupaciones y malos recuerdos que se disipan con el tiempo y con soporte emocional hasta traumas severos que los llevan a experimentar problemas por largo tiempo (8).

1. Médico y Cirujano Universidad Industrial de Santander. Residente de III año Psiquiatría Universidad Militar Nueva Granada  
2. Coordinador Psiquiatría Infantil Hospital Militar Central. Profesor Asociado. Universidad del Bosque. Universidad Militar Nueva Granada



La respuesta diferente al trauma depende en parte de la edad y la madurez psicológica del niño (7). Los eventos traumáticos y perjudiciales pueden tener efectos adversos sobre los niños que son muy jóvenes para verbalizar su estrés. Aunque los infantes y los niños más pequeños pueden no tener comprensión cognitiva de un desastre, la destrucción de la rutina y la pérdida de seres amados pueden llevar a la regresión y al desapego. En el primer año de vida, tales experiencias pueden manifestarse como un aumento del llanto e irritabilidad, ansiedad de separación y una respuesta exagerada de sobresalto (9).

Los niños menores de cinco años pueden exhibir conductas regresivas como orinarse en la cama, succionar el pulgar o miedo a la oscuridad (8). Probablemente no reportan síntomas de aislamiento e insensibilidad emocional, pero es más probable un nuevo inicio de agresión o de miedo no directamente relacionado con el trauma. Pueden tener importante dificultad para separarse de sus padres. Es factible que los recuerdos intrusivos en los niños preescolares tomen la forma de juego de menor disfrute con temas traumáticos o dibujos repetitivos del trauma o *acting out* (7). Es más probable que experimenten terrores durante el sueño y pesadillas y exhiban regresión conductual de habilidades manifestadas como impotencia y aumento en las pataletas (9).

Los niños en edad de latencia (6-11 años) pueden tener problemas de atención y puede sufrir su rendimiento escolar. Los signos de ansiedad incluyen evitación de la escuela, quejas somáticas (cefaleas, dolores de estómago), miedos irracionales, problemas del sueño, pesadillas, irritabilidad y descargas de rabia. Pueden parecer estar deprimidos y más aislados (8). Se pueden tornar obsesivos con detalles del desastre en un intento para poder entrar en un estado de constante ansiedad y alertamiento para prepararse a peligros futuros (7). Con frecuencia demuestran la experiencia del trauma a través del juego, expresando temas relacionados y conductas agresivas. Similar a sus contrapartes más jóvenes, las alteraciones del sueño y las conductas regresivas como ansiedad de separación son vistas con frecuencia. También se tornan aislados o apáticos o exhiben somatización y problemas conductuales. Los escolares más jóvenes son incapaces de comprender el razonamiento de los otros y así se concentran en las consecuencias directas del desastre. Tienden a enfocarse en los detalles específicos de la tragedia y de la seguridad personal. Temen a la lesión o la muerte de miembros de la familia. De forma inversa, los escolares mayores tienen mayor capacidad para la cognición social y la empatía. Muestran más empatía por los fa-

miliares que fueron afectados por la crisis, tienen una mayor disposición para analizar cómo o por qué ocurre una tragedia y se enfocan más en la seguridad de la sociedad en general (9).

Los adolescentes (12-18 años) responden de forma más parecida a los adultos y presentan pensamientos intrusivos, hipervigilancia, insensibilidad emocional, pesadillas, alteraciones del sueño y evitación. Tienen riesgo incrementado para tener problemas con abuso de sustancias, problemas con pares y depresión. El trauma es con frecuencia asociado con sentimientos intensos de humillación, culpa, vergüenza resultante del sentido de impotencia y puede llevar a un sentido de distanciamiento y evitación (7,8).

Son particularmente un grupo vulnerable debido a que experimentan un periodo de transiciones complejas. Pueden diferir ampliamente en sus interpretaciones y reacciones a los desastres dependiendo de si han desarrollado habilidades de razonamiento abstracto. El pensamiento abstracto aparece en promedio, a los 16 años de edad. La mayoría de los adolescentes están aún desarrollando sus habilidades de afrontamiento emocional y su propia identidad, y se sabe que son especialmente susceptibles al desarrollo de trastornos psiquiátricos mayores como depresión. Los desastres que producen pérdida del estilo de vida o de seres amados pueden llevar a somatización, aislamiento, apatía y depresión. Probablemente inicien conductas de riesgo como abuso de drogas y relaciones sexuales como mecanismos de afrontamiento al estrés traumático. Los pensamientos y las acciones suicidas son una preocupación. Adicionalmente, la interferencia con el desarrollo de la identidad en la adolescencia puede llevar a problemas emocionales y conductuales significativos a través de sus vidas. Los adolescentes tratan de enmascarar o de negar síntomas de reacciones de ajuste debido que piensan que son anormales o inapropiadas. Intentan proteger a otros miembros de la familia que también están afligidos. Como resultado, los padres están en riesgo de subestimar los efectos del desastre en sus hijos adolescentes y pueden estar en una posición desventajosa para ayudarlos con lo que necesitan (9).

Las respuestas de los niños también pueden variar de acuerdo con su nivel de exposición a la violencia, ya sea directa o indirectamente. El evento traumático más severo, tiene mayor riesgo de desarrollar síntomas postraumáticos. Los niños que experimentan la muerte o la lesión severa de un miembro de la familia son más sintomáticos. Adicionalmente al nivel del trauma, la duración de la exposición a la violencia predice el riesgo de desarrollar problemas psiquiátricos en los niños. La sustitución y la reubicación pueden tener

efectos diferentes, dependiendo del contexto de la experiencia traumática. Los niños cuyas familias fueron desplazadas debido a la violencia política tienen mayores niveles de síntomas psiquiátricos que las familias que no fueron desplazadas. En situaciones diferentes a la guerra (desastres naturales), la reubicación no ha mostrado tener un detrimento sobre el efecto psicológico (8).

Algunos niños estarán en mayor riesgo para desarrollar síntomas de ansiedad y depresión. Los factores predisponentes incluyen exposición a eventos traumáticos pasados durante la infancia, problemas de conducta de la infancia, así como una historia familiar de trastornos psiquiátricos o conductas disociales. Sin embargo, todos los sentidos de seguridad de los niños y el potencial para el peligro personal serán afectados. Los niños reaccionarán de forma diferente dependiendo de su sensibilidad y temperamento y tienden a internalizar o externalizar sus experiencias y emociones. Los niños comienzan a ser temerosos, distráctiles, ansiosos o deprimidos. El juego y el estudio pueden estar afectados así como su patrón de sueño o de alimentación (8).

Una perspectiva de desarrollo sugiere que hay vulnerabilidades relacionadas con la edad y el género para los trastornos psiquiátricos. En la literatura se encuentra que hay aumento de la vulnerabilidad de las niñas para el Trastorno por estrés postraumático (TEPT); el género femenino parece ser un factor de riesgo independiente para el desarrollo de TEPT seguido de abuso sexual. Otro estudio evaluó la hipótesis de dependencia de la edad de los efectos del trauma en una muestra de mujeres que han experimentado al menos un evento traumático temprano. Se encontró que el riesgo para desarrollar un trastorno depresivo mayor fue más alto si el trauma ocurrió antes de los 13 años de edad (10).

Aunque la evidencia disponible sugiere una clara relación entre la exposición a la violencia y el inicio de síntomas traumáticos, la observación que muchos niños expuestos no desarrollan trauma psicológico duradero indican la presencia de factores protectores que pueden amortiguar los efectos de las experiencias potencialmente perjudiciales. Los pocos estudios que han examinado las variables para observar el impacto medio o moderado de la violencia han proporcionado hallazgos consistentes con aquellos de la investigación de otras formas de estrés traumático. Las variables como la naturaleza de los eventos violentos a los cuales los niños han sido expuestos, la disponibilidad de soporte familiar y social durante sus experiencias y el rango de las estrategias de afronta-

miento y recursos disponibles para las víctimas de la violencia juegan un papel en determinar el impacto a largo plazo en el desarrollo del niño (11).

Las reacciones emocionales de los niños se pueden desarrollar inmediatamente al trauma o pueden ocurrir después. El DSM IV TR reconoce estas categorías temporales de reacción. El trastorno por estrés agudo es el trastorno psiquiátrico más común que sigue a un evento traumático. El trastorno por estrés postraumático es una reacción que puede resultar después de un periodo de tiempo. Los niños y adolescentes que sufren del trastorno por estrés agudo o TEPT pueden re-experimentar el trauma teniendo pesadillas o *flashbacks* recurrentes del trauma. En niños jóvenes se presenta el juego repetitivo donde expresan temas o aspectos del trauma. Sus sueños pueden ser aterrorizantes pero sin un contenido reconocible. Puede ocurrir la representación específica repetida del trauma. Los niños y adolescentes pueden sentirse insensibles y aislados del mundo externo o evitan las situaciones que despierten el recuerdo del trauma. Pueden ocurrir síntomas de hiperalertamiento como hipervigilancia, dificultades del sueño, irritabilidad, dificultad para la concentración y descargas de rabia. Los niños que están indirectamente expuestos al evento traumático también manifiestan síntomas de ansiedad (8).

La habilidad de los niños para evadir los estados afectivos dolorosos y ser capaces de jugar, lleva a los padres a asumir incorrectamente que el niño se ha recuperado. Estudios indican que los consejeros y los profesores identifican menos del 50% de los adolescentes con problemas emocionales significantes, tratables. Los pediatras lo hacen más pobremente debido a su tiempo más limitado para la interacción, e identifican solo el 25% de aquellos con trastornos mentales diagnosticables (7).

## **Impacto y secuelas psicológicas del terrorismo**

Cualquier guerra, acto de terror como un evento súbito, impredecible y dramático al cual se es forzado a resistir tiene un tremendo impacto negativo en varios niveles, como la comunidad, la familia y el individuo. Usualmente, los niños son afectados por la mayoría de estas experiencias y son expuestos al trauma y la violencia en cifras en crecimiento, produciendo una epidemia global. La exposición a eventos relacionados con el trauma con frecuencia lleva a interrupciones marcadas en el tejido contextual y social en el cual se vive. Ser testigo o víctima de tales actos también mueve una selección de poderosas emociones humanas. Respecto al

carácter específico de alguna guerra en particular o un acto de terror, tales circunstancias, por definición, involucran destrucción, dolor y muerte. Aunque las pérdidas físicas pueden ser reconstruidas o reemplazadas y el dolor acompañante y la pena gradualmente disminuyen, las cicatrices psicológicas del trauma y las imágenes de horror y los recuerdos no sanan tan fácilmente (12).

La exposición a la guerra no solo tiene una asociación única con TEPT sino también con depresión. Entre los niños palestinos, el TEPT fue principalmente predicho por la experiencia de ansiedad en el ambiente del hogar. En una muestra de soldados infantiles de Uganda, ni la edad ni el sexo parecieron estar relacionados con TEPT, pero en niñas, la muerte de la madre se encontró que incrementaba el puntaje para síntomas de evitación. La ansiedad, la depresión, la rabia y la violencia también están asociadas con el estatus de refugiado. Las reacciones al estrés en los niños refugiados pueden estar mediadas por las estrategias de afrontamiento, los sistemas de creencias y las relaciones sociales. Muchos de los efectos del terrorismo son similares a aquellos del trauma natural y hecho por el hombre. Sin embargo, el terrorismo parece tener presentaciones específicas; los ataques terroristas son impredecibles, implican una amenaza indefinida y pueden tener un profundo efecto sobre los adultos y la comunidad. La mayor parte de la investigación existente sobre el impacto psicológico de la temprana traumatización está enfocada en el abuso infantil y el maltrato, lo cual puede llevar a una heterogeneidad en las consecuencias que comprometen la cualidad de la adaptación individual a diferentes niveles de competencia (10).

### **Reacciones de los niños al trauma inducido por el terrorismo**

Por su naturaleza es probable que el terrorismo cause estrés psicológico. Debido a que los terroristas pueden atacar a cualquier hora y donde sea, la amenaza del terrorismo es fuerte y omnipresente. Como resultado, la reacción de ansiedad y de miedo anticipatorio puede ser severa. La investigación en el impacto del terrorismo sobre los niños cubre un rango de actos de violencia que son clasificados como actos de terrorismo. Estos incluyen eventos en países que no están en guerra (la bomba en la ciudad de Oklahoma, los ataques terroristas del 9/11) y ataques terroristas repetidos en áreas de conflicto político (bombardeos y secuestros en Israel, terrorismo de estado en Guatemala y actividades terroristas en el norte de Irlanda). Los estudios iniciales completados en los años de 1979 y 1980 fueron principalmente descriptivos y anecdóticos. El TEPT fue un

diagnostico formal en 1980 y solo fue examinado sistemáticamente en niños unos años después (8).

Las investigaciones iniciales de los efectos del terrorismo indican que los niños expuestos a la violencia son altamente afectados por esta experiencia. Manifiestan muchos síntomas psicológicos, incluyendo ansiedad, depresión, rabia, sentimientos de desesperanza respecto al futuro, dificultades con la verdad, miedos anticipatorios y un sentido alterado de la seguridad. Estudios más recientes han usado evaluaciones estructuradas estadísticamente válidas para documentar las reacciones de los niños y los síntomas. Las tasas de TEPT en niños expuestos a las actividades terroristas varían del 28 al 50%. Se han identificado otros problemas psiquiátricos incluyendo depresión, ansiedad, problemas de separación, cambios afectivos, dificultades del sueño, problemas conductuales y síntomas regresivos (13).

Debido que los incidentes terroristas afectan a los adultos profundamente, los padres y los profesores pueden no ser capaces de proveer el apoyo y la re-aseguración necesaria para ayudar a evitar el potencial daño emocional a largo plazo en los niños. La depresión materna y la respuesta negativa a los eventos traumáticos fueron asociadas con aumento de la morbilidad entre los niños israelitas y palestinos (8).

Las respuestas de los miembros de la comunidad en poblaciones expuestas al terrorismo tienen una influencia importante en las habilidades de afrontamiento de los niños. La presencia de un adulto cuidador que es capaz de proveer soporte emocional, de fomentar el autoestima, y de promover la competencia tiene una influencia moderada en los resultados sobre la salud mental aguda y a largo plazo (14). La ideología de la comunidad, creencias y sistemas de valores también contribuyen a la resiliencia por dar significado a los eventos peligrosos, permitiendo a los niños identificarse con los valores culturales y permitiendo a los niños y a los adultos funcionar bajo condiciones extremas (15).

El grado de exposición de las acciones terroristas está relacionado con la prevalencia de TEPT. La lesión física o ser testigo de la muerte o la lesión física de otros está asociado con altas tasas de TEPT y depresión y ansiedad comórbidas. El grado de pérdida personal se ha correlacionado con el número de síntomas de TEPT en niños menos expuestos. Conocer a una persona lesionada o muerta incrementa el riesgo de desarrollo de síntomas. Las tasas más altas de TEPT ocurren en niños que han perdido un padre (8).

La exposición de los medios a los eventos de un desastre se ha correlacionado con síntomas de estrés postraumático en niños (15). Adicionalmente, niños que

experimentan pérdidas personales están en mayor riesgo para ver significativamente más cubrimiento de televisión relacionada con el terrorismo que aquellos niños sin pérdidas directas. Este exacerba la experiencia traumática (8).

Los niños que desarrollan TEPT posterior a la exposición al terrorismo con frecuencia continúan manifestando síntomas de TEPT en el tiempo, aun cuando las actividades terroristas o la amenaza no están presentes (8).

Las investigaciones en las reacciones de los niños a los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001, corroboraron los resultados de los estudios previos. El grado de exposición, proximidad al área de desastre, asociación con reacciones parentales, experiencia del trauma distante (incluyendo cubrimiento de los medios) y la historia de trauma preexistente fueron asociados con aumento de los síntomas de estrés (13).

## Resiliencia

El término resiliencia es usado para referirse a que ciertos individuos tienen un resultado psicológico relativamente positivo a pesar de sufrir experiencias de riesgo que se espera puedan traer secuelas serias. En otras palabras implica relativa resistencia a las experiencias de riesgo ambientales, o la superación del estrés o de la adversidad. No se refiere solamente a competencias sociales o salud mental positiva. Los dos son conceptos importantes pero se refieren a algo diferente a la resiliencia. Esencialmente es un concepto interactivo que se relaciona con la combinación de experiencias de riesgo graves y un resultado psicológico relativamente positivo a pesar de estas experiencias (17).

La resiliencia se puede ver como un complejo interjuego entre ciertas características de los individuos y sus ambientes más amplios. La resiliencia consiste en un equilibrio entre el estrés (ej. factores de riesgo) y la habilidad para el afrontarlo (ej. factores protectores). Los factores de riesgo y los protectores son ingredientes esenciales en las definiciones. Los factores de riesgo se derivan de múltiples eventos de la vida estresantes, un evento traumático simple o de acumulación de estrés de una variedad de factores personales y ambientales. Los factores protectores mejoran o disminuyen las influencias negativas de estar en riesgo, pero también operan independiente del riesgo. Cuando el estrés o los factores de riesgo son mayores que los factores protectores, los individuos que han sido resilientes en el pasado, pueden ser abrumados (18).

La resiliencia, que podría ser evidente bajo circunstancias más normales, es difícil de detectar bajo las condi-

ciones de guerra ya que esta última representa una amenaza de vida inmediata y una situación de emergencia. La necesidad de emprender acciones para sobrevivir puede dejar de lado muchos mecanismos normales que el individuo utiliza para crear una homeostasis psicológica (19).

Se ha notado una correlación positiva entre los síntomas de los niños y los padres. Los factores familiares protectores que han demostrado ser una barrera para el estrés de los niños y aumentar la resiliencia incluyen una relación emocional estable y segura con al menos un pariente, un modelo parental de mecanismos de afrontamiento constructivos y la proximidad física de los niños hacia sus padres. La resiliencia de los niños a los eventos traumáticos también está influenciada por el grado de soporte social y las influencias positivas de la comunidad. El soporte educacional, político y religioso de la sociedad fomenta el desarrollo moral en los niños (8).

## Principios básicos para promover la resiliencia y la recuperación

La investigación en la última década sugiere las mejores vías para promover la resiliencia y la recuperación en los niños. Hay tres niveles de intervención: (1) individuos, (2) familias y (3) comunidades. El núcleo principal se encuentra en la asistencia a las comunidades para reconstruir los mundos internos y externos de los niños creando oportunidades para la nutrir la reanudación del desarrollo habitual.

Algunos autores opinan que la mayoría de las necesidades psicológicas de los niños se pueden satisfacer indirectamente proporcionando lo siguiente:

- (1) seguridad y remoción de la amenaza
- (2) comida
- (3) instalaciones sanitarias
- (4) respuestas adecuadas para las necesidades de salud física
- (5) intervenciones psicosociales y educacionales con los familiares y amigos a través de proyectos específicos. La curación psicológica puede ocurrir sin intervención psiquiátrica formal si las circunstancias son las correctas. Aun así, se deben tener en cuenta los aspectos prácticos en el diseño del servicio. Algunas personas jóvenes necesitan terapias específicas; la dificultad es identificarlas sobre la base de la evidencia de la investigación. Por medio de preguntas a los padres y educadores acerca si los niños continúan mostrando síntomas un mes después del hecho, a pesar de las medidas iniciales adecuadas se pueden identificar quienes requieren manejo mental especializado (20).

**ATEMPERATOR BAGÓ**

Hay una evidencia fuerte que sugiere que los enfoques básicos para asistir a familias en el tiempo inmediato posterior a un desastre permiten reconocer y aumentar la resiliencia de las personas, por medio del apoyo y la psicoeducación. Sin embargo también hay fuertes argumentos, para mantener la vigilancia del riesgo de una sustancial minoría de niños y jóvenes que pueden desarrollar trastornos mentales posteriormente y requieren intervenciones efectivas. Esto lleva a un modelo de cuidado que combine intervenciones para proteger al sobreviviente y promover la reconstrucción de las relaciones y

estructuras de la familia y la comunidad para cada uno de los involucrados con la capacidad de proporcionar salud mental personalizada pero orientada en la familia para pequeños grupos de niños, jóvenes y familias que lo requieran. Es preciso tener claridad en la visión, un liderazgo estratégico y una buena planeación estratégica basada en la trayectoria de las experiencias de las personas a través del tiempo para asegurar el control de la psicopatología encubierta y el monitoreo a largo plazo de los problemas de la adaptación de los niños y los adolescentes en el postincidente (21).

## Referencias

- Macksoud M. Manual para padres, madres y maestros para ayudar a los niños a hacer frente a las tensiones de la guerra. UNICEF, Nueva York, 1993.
- Pérez-Olmos I, Fernández-Piñeres P, Rodado-Fuentes S. Prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático por la Guerra, en Niños de Cundinamarca, Colombia. *Rev. salud pública* 2005;7(3): 268-280.
- Record J. Bounding the global war on terrorism. Strategic Studies Institute. 2003. En <http://www.strategicstudiesinstitute.army/pubs/display.cfm?pubID=20>
- Joint Publication 1-02, Department of Defense Dictionary of Military and Associated Terms, 12 April 2001, as amended through 30 May 2008. En: [http://www.dtic.mil/doctrine/jel/new\\_pubs/jp1\\_02.pdf](http://www.dtic.mil/doctrine/jel/new_pubs/jp1_02.pdf)
- Situación de derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario. Programa Presidencial de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario. Colombia 2007. En [http://www.derechoshumanos.gov.co/observatorio\\_de\\_DDHH/documentos/informe\\_ddhh\\_dih\\_2007.pdf](http://www.derechoshumanos.gov.co/observatorio_de_DDHH/documentos/informe_ddhh_dih_2007.pdf)
- Bailey S, Whittle N. Young people: victims of violence. *Curr Opin Psychiatry* 2004; 17:263-268.
- Lubit R, Rovine D, Defrancisci L, Eth S. Impact of Trauma on Children. *Journal of Psychiatric Practice* 2003;9:128-138.
- Fremont W. Childhood reactions to terrorism-induced trauma: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004, 43(4):381-392.
- Hagan J. Psychosocial Implications of Disaster or Terrorism on Children: A Guide for the Pediatrician. *Pediatrics* 2005;116:787-795.
- Caffo E, Forresi B, Strik L. Impact, psychological sequelae and management of trauma affecting children and adolescents. *Curr Opin Psychiatry* 2005;18: 422-428.
- Boothby N. Political Violence and Development: An Ecologic Approach to Children in War Zones. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 2008; 17: 497-514.
- Joshi P, Dalton M, O'Donnell D. Ethical Issues in Local, National, and International Disaster Psychiatry. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 2008; 17: 165-185.
- Susser E, Jackson H, Hoven C (2001), Terrorism and mental health in school: the effects of September 2001 on New York City schoolchildren. Retrieved January 17, 2002 En: [www.fathom.com/feature/19050](http://www.fathom.com/feature/19050).
- Laor N, Wolmer L, Cohen D. Mother's functioning and children's symptoms 5 years after a Scud missile attack. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1020-1026.
- Baker A. Effects of political and military traumas on children: the Palestinian case. *Clin Psychol Rev* 1999; 19:935-950.
- Dugal H, Berezkin G, Vineeth J. PTSD and TV viewing of World Trade Center. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:494-495.
- Rutter M. Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 2006;1094:1-12.
- Stewart M, Reid G, Mangham C. Fostering Children's Resilience. *Journal of Pediatric Nursing*, 1997; 12 (1):21-31
- Berk JH. Trauma and resilience during war: a look at the children and humanitarian aid workers in Bosnia. *Psychoanalytical Review*, 1998, 85:648-658.
- Williams R. The psychosocial consequences for children and young people who are exposed to terrorism, war, conflict and natural disasters. *Current Opinion in Psychiatry* 2006, 19:337-349.
- Williams R, Alexander D, Bolsover D, Bakke F. Children, resilience and disasters: recent evidence that should influence a model of psychosocial care. *Current Opinion in Psychiatry* 2008, 21:338-344.

# INCORPORACIÓN DE PEDIATRÍA CONDUCTUAL A LA PRÁCTICA CLÍNICA

Julián Monguí O.\*

La sociedad exige cada vez más para los niños y adolescentes con dificultades especiales, por ejemplo los que tienen problemas de conducta, una atención adecuada por parte de sus pediatras. Se espera que cuenten no solo con la capacitación técnica suficiente para establecer un diagnóstico claro, sino que además sean sensibles hacia la problemática que generan las actuaciones del menor. Son pacientes que junto con sus respectivas familias son considerados por parte de los médicos, como incómodos o difíciles de atender y se tiende a minimizar sus quejas. Los padres no solo esperan que la atención médica se encamine a que el niño recupere la salud física en caso de enfermar, si no que además cuentan con que el pediatra esté atento a las dificultades en el desempeño educativo, el estado emocional, así como la adaptación al entorno social de sus hijos y que intervengan activamente, dando respuestas oportunas en el caso de presentarse algún problema de conducta que limite en algún momento la vida del menor. Los problemas de conducta en los niños son relativamente frecuentes en la comunidad, situación que no se refleja en la práctica pediátrica, en un número proporcional de diagnósticos y tratamientos para resolverlos, atenuarlos o prevenir su cronificación. Más del 30% de los menores de 3 a 6 años tienen síntomas de algún trastorno psicopatológico. El 20% de los niños corren riesgos de padecer ansiedad (el 3% ya la sufren), mientras que el 12% muestran problemas de conducta (1).

Entre los adolescentes un 15% padece síntomas de trastornos de conducta (2) y el suicidio ocupa una de las tres primeras causas de muerte entre ellos (3).

Se estima que solo el 10% de todos los niños que tienen problemas emocionales y que necesitaban servicios especializados, reciben atención adecuada (4), quedando los demás expuestos en muchas ocasiones a un pronóstico sombrío que se evitaría con una atención oportuna. Ante estas perspectivas es clara la preocupación de los pediatras y el interés por los temas relacionados, siendo además el médico quien tiene los mejores elementos de juicio para establecer el diagnóstico y un plan de acción específico para cada caso, por ser quien más conoce del niño y su familia puesto que lo ha acompañado durante su desarrollo. El objeto de este escrito es revisar algunas

de las herramientas terapéuticas de intervención primaria, porque un pediatra capacitado puede atender la mayoría de los casos y derivar a psiquiatría infantil o neuropsiquiatría solo a aquellos que o bien no responden su manejo inicial, o que por la complejidad requieren un manejo multidisciplinario.

## Evaluación del problema

La detección de problemas de conducta es habitual en las consultas pediátricas sobre todo si existe continuidad en la atención por parte del pediatra en el seguimiento de un caso; porque al ir conociendo cada vez más al niño se van identificando las dificultades en mayor medida que si se tratase de consultas aisladas o que con los cambios frecuentes del médico no se harían evidentes.

La Comisión Conjunta sobre Salud Mental de los Niños de E.U. definía al niño con trastorno emocional como aquel que tenía deficiencias en:

- 1) percibir con exactitud el mundo que lo rodea
- 2) controlar los impulsos
- 3) lograr relaciones satisfactorias con los demás
- 4) aprender
- 5) cualquier combinación de estos (5). Son elementos que al fallar, exigen inicialmente observación y seguimiento del niño y posteriormente al persistir o empeorar, intervención.

Existen grandes diferencias entre los pediatras con respecto a lo que son los problemas de conducta y cuáles de ellos deben ser tratados. Particularmente se otorga poca atención en aquellas entidades sobre las que se recibe poca capacitación durante la formación médica, tanto de pregrado como de postgrado como son: los problemas de aprendizaje, las perturbaciones situacionales, desadaptación social y los problemas de relación entre padres e hijo (4). El entendimiento de tales cuestiones es el punto de partida para definir el rol del pediatra, su grado de participación en el tratamiento o saber, dado el caso, a qué especialidad debe remitir al paciente y qué ayuda esperar del profesional que hace la interconsulta.

Por otra parte la evaluación en Pediatría conductual va más allá de lo estrictamente clínico, al enfocarse también en los factores de riesgo para abusos físicos, emocionales y sociales, así como en la promoción efectiva del bienestar y la protección de los derechos del niño,

\* Psiquiatra Infantil U. de Barcelona. M.Sc. y Doctorante Bioética U. Bosque. Psiquiatra Clínica del Oriente.  
Contacto: julimon10@hotmail.com

por medio de la utilización de los recursos existentes en salud, educativos y de protección social.

La función preventiva para evitar desarrollo de problemas emocionales y de conducta incluye (6):

- Consejo a los padres sobre la prevención de accidentes.
- Funcionamiento familiar y detección del abuso, maltrato y falta de cuidados.
- Evaluación del consumo de alcohol, así como el tabaquismo pasivo y activo.
- Hábitos: nutrición, sueño, juego y actividad física / deporte.
- Número de horas que ve TV y que dedica a videojuegos y computador.
- Capacidad de integración en los grupos de niños de su misma edad o con niños de edad inferior.
- Apreciación de los padres sobre el nivel de comprensión general del niño ante las situaciones de la vida cotidiana.

La observación por el pediatra de cómo el niño se desenvuelve en la consulta y de su estado afectivo son igualmente importantes: un método sencillo es la valoración del dibujo de la familia en la que el niño cuenta una historia y la más cercana a él es la propia, dándonos elementos importantes de lo que ocurre en casa (o por lo menos como lo vivencia el niño).

El estilo de entrevista también es determinante, porque si está estructurada y centrada únicamente en identificar alteraciones físicas, se deja poco espacio a los padres para expresar sus inquietudes respecto a los aspectos sociales y educativos que les preocupan de sus hijos. Si bien es cierto que el tiempo de la consulta casi siempre es limitado, el indagar a los padres sistemáticamente sobre la globalidad del niño, permitirá detectar dificultades de conducta oportunamente. Es una realidad que los maestros detectan muchas veces más síntomas que los padres, porque teniendo en cuenta el tiempo que los niños pasan en el colegio y el tipo de relación con el menor, pueden ser más objetivos; de allí la importancia para el pediatra de revisar los informes escolares y si el caso lo amerita entrevistar al maestro que usualmente es altamente receptivo a las observaciones médicas.

Un pediatra que escucha a los pacientes y sus padres, dándoles indicaciones claras de cómo emplear las técnicas en educación infantil, el establecimiento de límites y les da pautas sobre modificación de la conducta, genera en ellos gran satisfacción en la atención y mayor cumplimiento con las citas.

## **Desarrollo infantil y pediatría conductual**

Se considera que el pediatra es el profesional más idóneo para hacer el seguimiento del desarrollo in-

fantil, no solo durante los primeros años del niño sino también a lo largo de los años escolares (7). Su papel es fundamental a la hora de detectar problemas del desarrollo que con el tiempo se estructurarán como trastornos de conducta. La adquisición de habilidades, la maduración y el crecimiento de un niño en la mayoría de los casos, son bastante armónicos, existiendo un paralelismo entre en las diversas áreas del desarrollo, que permiten que el niño se adapte a las exigencias de su entorno y que su conducta sea en general, relativamente predecible (8). Pero existe un grupo de la población infantil en que este desarrollo tarda más de lo usual, se desvía o no se da, lo que determina para ellos estilos cognitivos y conductuales diferentes. De acuerdo con el tipo de funciones neurológicas que experimenten un desarrollo diferente, serán las manifestaciones clínicas que mostrará el niño. Por ejemplo, la falta de control emocional y control de un alto grado de actividad motora, se manifestará como una dificultad importante del niño para adecuar su conducta a las exigencias de su medio ambiente. Esto sucede con los niños con Síndrome de Déficit Atención con Hiperactividad (8).

Los antecedentes previos de trastornos de lenguaje, los de problemas de la atención, la incoordinación motriz nos sugieren que se puede estar fraguando un Trastorno de Aprendizaje. Pero además puede desviarse el patrón de maduración del sueño y control de esfínteres (enuresis, encopresis), el desarrollo del habla y lenguaje o el control motor (dispraxia del desarrollo). Las alteraciones en la conducta, llevan a que el niño sienta que no cumple las expectativas de su medio con la consiguiente sensación de desadaptación (9).

La primera norma terapéutica es que una vez que se ha realizado un examen físico minucioso, descartado la ausencia de patología orgánica y que la exploración psicopatológica ha confirmado la posibilidad de un trastorno de conducta, debe confirmarse la presencia de una patología psiquiátrica según criterios DSM-IV o CIE-IO. En el caso de que se diagnostique una patología psiquiátrica estructurada se debe realizar el tratamiento específico. Si estamos ante una variación en la normalidad o si las manifestaciones que preocupan, aunque poco comunes, se prevé van a tener un carácter transitorio y benigno, se dará un manejo expectante. Es necesario considerar la posibilidad de que las dificultades cedan espontáneamente, antes de hacer propuestas terapéuticas complejas o profundas modificaciones del entorno.

## **Participación de la familia**

Es necesario incluir a los padres en el tratamiento, ya sea para suministrarles información sobre la situación clínica, sobre la evolución del tratamiento de su hijo, para hablarles sobre el pronóstico o para plan-



tearles la posibilidad de un tratamiento para ellos mismos; pues en algunos casos, sobre todo en los niños más pequeños, el foco del tratamiento serán los padres y la participación del niño en el tratamiento es poca o casi ninguna (10). Se trata de los casos en que si bien los síntomas del niño son el motivo de consulta, al realizar la evaluación clínica, se detecta que la conducta del niño es el resultado de situaciones ambientales, que ocurren de forma natural o que son secundarios a los problemas psicológicos de los padres (11).

Es necesario además abordar con los padres la forma de retomar las funciones de la familia y su rol como autoridad parental, la aplicación de límites, la forma de castigar y desalentar las conductas inadecuadas o desadaptativas de los niños, el empleo de refuerzos positivos para las conductas apropiadas; la forma de controlar sus propias emociones y agresividad, así como a manejar el temor a que "el niño se frustre"; indicar la importancia de dar constancia a las intervenciones que buscan modificar la conducta, porque los resultados se pueden dar a largo plazo y cómo no deben suspenderlas una vez se logran resultados. Con todo, la clave es no dar por fracasado jamás un caso, sino conjuntamente con los padres analizar los problemas, para ofrecerles alternativas y buscar con ellos una solución a las dificultades.

En las técnicas de consejos para padres, el tratamiento se basa en una visión realista del niño y el propósito es capacitar a los padres para entender el trastorno psicológico de su hijo, los factores que lo han desencadenado y aquellos que contribuyen a su mantenimiento (10). En los anexos se encuentran algunas técnicas de modificación de conducta entre las que se destacan el tiempo fuera y otras recomendaciones, que en muchos casos pueden parecer obvias al profesional, pero puestas en práctica por los padres ofrecen recursos invaluable para estimular y potenciar un óptimo desarrollo de sus hijos.

## Conclusión

Probablemente los mayores avances en el diagnóstico y la atención de los problemas de conducta en niños y adolescentes, se darán con la incorporación de la pediatría conductual a la práctica clínica del pediatra y la comprensión de la necesidad de coordinación junto con los neuropediatras, los psicólogos clínicos, los psiquiatras infantiles y los profesionales de las ciencias sociales. Será necesario que el pediatra evalúe las circunstancias que rodean al niño (factores de riesgo, ambiente, afecto, capacidad relacional) mas allá de la valoración sintomática, porque el niño no podrá aprovechar adecuadamente los estímulos del medio cuando hay patologías implantadas o alto riesgo de padecerlas. Se pretende dar pautas a los padres para detectar y atender las necesida-

des especiales de sus hijos (y de ellos mismos) y así potenciar al máximo las posibilidades físicas, emocionales e intelectuales del niño. Finalmente deben coordinarse las intervenciones médicas, con las instituciones educativas y sociales para lograr el proceso de integración del niño en el entorno familiar, escolar y en su comunidad.

## Anexos

### Conducta pediátrica a seguir en trastornos funcionales del comportamiento

- I.- Ante trastornos de comportamiento, hay que detectar el beneficio secundario y establecer qué conductas erróneas de los padres constituyen tal beneficio.
- II.- Si no se ve clara la funcionalidad, ni el beneficio secundario, hay que descartar un proceso psicopatológico que pudiera dar lugar a la conducta anómala. Por ejemplo: depresión (conductas negativas, oposicionistas o agresivas como expresión de la perturbación del estado de ánimo): ansiedad (con fobias y las llamadas de atención, etc.)
- III.- Si no se advierten problemas psicopatológicos subyacentes, da buenos resultados el encauzamiento de las conductas a través de instrucciones que ofreceremos a los padres.
- IV.- Es prudente mantener una serie de sesiones de apoyo con los padres, para detectar lo antes posible los problemas y de producirse, ayudar en el proceso de reestructuración de comportamiento.
- V.- El empleo de medicación como los antipsicóticos atípicos a bajas dosis para modificar la conducta, es un elemento valioso pero debe reservarse a los casos en los que no hay respuesta a las modificaciones ambientales y nunca será la única forma de intervención.

### Cómo prevenir o moderar la conducta agresiva en los niños. Pautas para los padres (12)

Es fundamental, restar importancia a las situaciones de irritación. En ningún caso exagerarlas como medio de corrección.

- No pretendan tener siempre la razón. Respeten los puntos de vista de los niños y no trate de imponer violentamente los suyos. No pretenda "ganar" todas las discusiones, juegos, etc. Procure darles la razón (especialmente si son adolescentes) en lugar de discutir con ellos; más tarde, podremos

- replantear la cuestión y pedirles a ellos que busquen una solución.
- En medio de una discusión, paren y cuenten hasta diez. Si ven que se va iniciar una pelea con su hijo, salgan de esa habitación y después, cuando los ánimos lo permitan volverán a plantear el tema y busquen una solución entre ambos.
  - No acepten desafíos ni apuestas. Pueden llevar a situaciones límite, nada convenientes para ambos lados. Si su hijo se muestra agresivo, no caigan en la tentación de la escalada de mutua agresividad. No es conveniente concederles atención cuando "buscan pelea". Una sutil indiferencia les puede hacer salir airosos de la situación. Le daremos una lección de que para pelear hacen falta dos, y que no se entabla una discusión si uno de los dos se empeña en no mantenerla.
  - El castigo físico debe quedar completamente proscrito. Al castigar físicamente a un niño le estamos enseñando que es lícito pegar cuando se está enfadado con alguien. Los padres que pegan a sus hijos pequeños, muchas veces lo hacen para descargar su propia agresividad y para afirmar su poder que no saben como demostrarlo o imponerse.
  - No agredirlos verbalmente, ni infundirles sentimientos de culpa a la hora de reconvenirlos por sus actuaciones. Muchas actitudes en forma indirecta también son agresiones hacia ellos como por ejemplo: mantener en casa un clima de discusiones, establecer situaciones de competitividad, buscar culpables en lugar de buscar soluciones; reñir por que ya está hecho; demostrarles que cuando nos enfadamos conseguimos lo que queremos (en tiendas, restaurantes, etc.); negarnos a hacer las paces, si hemos caído en el error de enfadarnos con ellos.
  - No amenace. Si tiene que tomar una medida correctiva, hágalo de una vez. Con tácticas de amenaza, los hijos aprenden que es necesario portarse bien, solo cuando los padres están cerca y que pueden esperar hasta la última vez que se les pide que hagan algo, antes de hacerlo, pero no crean la necesaria disciplina interna para desenvolverse con autosuficiencia.
  - Enséñeles con su ejemplo a cumplir lo que se promete, a sostener la palabra dada a llevar hasta el final lo que se inicia (por ejemplo concluir un juego aunque vayan perdiendo) buscando mejorar así la tolerancia a la frustración.

## Uso del tiempo-fuera (*time out*) en los problemas de conducta. Pautas para padres (13)

El tiempo fuera consiste en colocar al niño en una silla por un lapso corto, después de presentarse una conducta inaceptable. Este procedimiento resulta efica-

z para reducir conductas problema como son caprichos, golpear, morder, no seguir indicaciones, salir sin permiso, etc. El tiempo fuera funciona mejor que los castigos físicos, gritos o amenazas. Se aplica a niños de año y medio a 10 años.

### A. Preparativos

1. Debe elegirse un lugar para realizar *el tiempo-fuera*. Tiene que ser un lugar donde ocurra poca actividad, pero de ninguna manera oscuro, que lo atemorice o peligroso. El objetivo es retirar al niño a un lugar en donde haya pocas distracciones y por ningún motivo amedrentarlo.
2. Deben comentarse con el cónyuge las conductas que motivarán el *tiempo-fuera*.

### B.- Procedimiento:

1. Antes de usar el *tiempo fuera* como forma de corregir, debe practicarse su uso con el niño en un momento agradable.
2. Explíquelo al niño que hay dos reglas mientras se está en *tiempo-fuera*:  
Regla uno: el tiempo fuera comenzará a correr cuando se calle; pregúntele que sucedería si habla o hiciera ruido cuando esté en *tiempo-fuera*. El niño responderá que el cronómetro se volverá a poner a andar. Si no lo dice recuérdale la regla.  
Regla dos: si se levanta de la silla antes de terminar el tiempo establecido, se le devolverá a su asiento. Por lo regular, declina la oferta.
3. Después de explicarle las reglas y verificar que las comprende, siga los pasos del punto 'C'. Diga a su niño que esta vez están simulando.
4. Menciónale que piensa utilizar esta técnica en vez de gritarle, pegarle o amenazarlo. A la mayoría de los chicos les agrada saberlo.

## Procedimiento

**Paso 1.** Después de ocurrir una conducta inapropiada, diga al niño "ah, con que....describa lo que hizo. "Por ejemplo." Conque mordiste a tu hermana. Vete al *tiempo -fuera* ". Dígalo con tranquilidad y solamente una vez. Es importante no perder la calma ni comenzar a regañar. Si el niño no puede llegar rápido a la silla, guíelo con el menor esfuerzo necesario. Esto puede consistir en llevarlo de la mano por una parte del trayecto. O incluso cargarlo para llevarlo a la silla según la edad. Si es necesario cargarlo procure que él mire para otro lado para que no confunda el viaje a la silla con un abrazo apretado.

**Paso 2.** Cuando el niño este sentado y callado, ponga el cronómetro para que suene en un número determinado de minutos. La regla práctica indica un minuto por cada año de edad, hasta cinco minutos. Es decir, al niño de dos años le corresponderán dos minutos, el de tres, tres minutos, al de cinco, cinco. Después de los cinco años, cinco minutos sigue siendo la cantidad

máxima. Si el niño hace ruidos, grita, llora o no se queda sentado en la silla, vuelva a poner el cronómetro. Hágalo cada vez que el niño haga cualquier tipo de ruido. Si se baja antes de haber terminado el tiempo, vuelva a colocarlo en la silla y ponga de nuevo el cronómetro. Si estos procedimientos se siguen con cuidado, disminuirán las conductas inapropiadas después de unos tres días continuos.

**Paso 3.** Si el niño ha estado callado y sentado por el tiempo requerido, hay que acercarse a la silla y preguntarle si quiere levantarse. No hay que hablarle de un extremo al otro del cuarto. Es necesario un asentimiento con la cabeza o una respuesta positiva o neutra. No es aceptable responder en un tono de voz irritado a la falta de contestación. Si todavía está enojado probablemente cause problemas otra vez en un corto plazo. Si el niño contesta en un tono enojado o no contesta vuelva a poner el cronómetro. Luego el niño podrá contestar adecuadamente, pero una vez puesto el cronómetro, debe transcurrir por completo el tiempo fijado. Usted, y no el niño es quien debe decidir cuando ha de levantarse de la silla del *tiempo fuera*.

**Paso 4.** Tan pronto como el niño baje de la silla, lo primero que debe hacerse es preguntarle si quiere repetir la conducta que motivó su castigo, por ejemplo "te gustaría otra vez pegarle a tu hermanito, para que te pueda yo poner otra vez en *tiempo-fuera* y así aprenderás la regla?" Por lo general los niños dicen que no o niegan con la cabeza. Entonces usted puede decir "me da gusto que no quieras pegarle a tu hermana". Si el niño acepta la oferta y repite la conducta inaceptable llévelo con toda calma en el *tiempo-fuera*. Aunque pudiera parecer que en esta forma se reta al niño a portarse mal, es mejor que repita la conducta en su pre-

sencia. Así tendrá varias oportunidades de aprender que las conductas inaceptables redundan en castigo.

**Paso 5.** Una vez que el niño termina un periodo de *tiempo-fuera* debe considerársele libre de toda culpa. No es necesario discutirle, recordarle o regañarlo por lo que hizo. En los cinco minutos que siguen al *tiempo-fuera*, busque y elogie la buena conducta. Será prudente llevarlo a otra parte de la casa y hacer que inicie una nueva actividad.

Para llevar al máximo la eficacia del *tiempo fuera*, debe procurarse que el resto del día "tiempo dentro" sea agradable para el niño. Recuerde hacerle ver al niño cuando se ha portado bien. Descúbralo portándose bien.

Quizás el niño diga "no me molesta irme a la silla" o "me gusta el tiempo fuera". Que no lo engañe este truco. Muchos niños tratan de convencer a sus padres de que el tiempo fuera es divertido y por lo tanto no funciona. Con el tiempo se dará cuenta que las conductas problema que se castigan por tiempo fuera disminuyen en frecuencia. No se pretende que el *tiempo fuera* sea una experiencia maltratante, sino reflexiva.

Sentirá la necesidad de castigar a su hijo por hacer algo inapropiado en la silla como maldecir o escupir, sin embargo, es muy importante no hacerle caso cuando se porte mal en *tiempo-fuera*. Esto le enseñará que las estrategias para llamar la atención no funcionan. Cuando el niño esté en *tiempo fuera*: no lo mire, no le hable, no hable sobre él, no actúe con enojo, no permanezca en el mismo cuarto si es posible, permanezca tranquilo. Siga las pautas indicadas, no olvide que usted es el adulto. Busque alguna otra cosa que hacer (leer una revista, ver tv, escuchar música, etc).

## Referencias

- (1) Planella I, Morató J. "Estudi prospectiu de trastorns de conducta perturbadora", Facultat de Psicologia Universitat Autònoma de Barcelona, 2007.
- (2) Academia Estadounidense de Pediatría. Comité de Servicios de Salud para la Comunidad. The Pediatrician's Role in Community Pediatrics. Pediatrics. 1999; 103, p.1304-1306.
- (3) World Health Organization. Burden of Mental and Behavioral Disorders. The World Health Report; 2006, p 37-38.
- (4) Starfield B. Pediatría Conductual Y Atención Primaria. Clínicas Pediátricas De Norteamérica. Volumen 2 1982 ,p. 373
- (5). Joint Comisión Mental Health of Children citado por Starfield B. Pediatría conductual y atención pediátrica, Clínicas pediátricas de Norteamérica vol 2. 1982 p. 372
- (6) Reymundo M. Salud escolar. Revista Foro Pediátrico. Nº9 Abril 2002
- (7)-American Academy of Pediatrics. Committee on Children with Disabilities. Policy Statement. Developmental Surveillance and screening of infants and young children. Pediatrics, 2001; 108 (1): 192-5.
- (8) Foster J. El niño con problemas de conducta y/o aprendizaje escolar. Segunda edición. Editorial Universitaria, Chile. 1999. 14 p.
- (9) Mark L. Wolraich, Tratamiento de trastornos del comportamiento de niños en edad escolar: enfoques tradicionales y controvertidos. Pediatrics in review vol 18, nº10, diciembre de 1997
- (10). Egottlieb S. Friedman S. Trastorno de conducta en niños y adolescentes. Pediatrics in review nov 2006.
- (11) Naranjo V. Terapias para niños trastornados. Revista Discernimiento. ISSN 0124 – 0897 No. 5 p. 37
- (12 ) Pereira J. Pediatría para padres en [www.usuarios.lycos.es/jperpom/agresividad](http://www.usuarios.lycos.es/jperpom/agresividad).
- (13) Christophersen E. Incorporación de la pediatría conductual a la atención primaria. Clínicas pediátricas De Norteamérica Volumen 2 1982 .p 288

# ATENCIÓN DEFICITARIA E HIPERACTIVIDAD

## ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS

Osvaldo Castilla Contreras<sup>1</sup>

### Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es considerado en pedopsiquiatría como un trastorno de alta prevalencia.

Inicialmente se le dio más importancia a la sintomatología motora y conductual (hiperactividad e impulsividad) para posteriormente reconocer que lo importante es la parte cognitiva (inatención y bajo rendimiento académico).

### Semiología

Las bases biológicas de la capacidad atencional están situadas en la corteza cerebral, en el lóbulo frontal, en el sistema activador reticular ascendente y descendente y en menor grado en los lóbulos temporal y parietal (4).

Se consideran dos formas de fijar la atención: la pasiva o tónica, y la activa o clónica, que requiere el esfuerzo de la concentración.

El proceso de la atención está asociado a la conciencia, a la percepción, a la memoria y al afecto.

En la propeútica médica neuropsiquiátrica se describen los siguientes trastornos cuantitativos de la atención o disprosexias: hiperprosexia, hipoprosexia, aprosexia, y atención distráctil o lábil. Existe un trastorno cualitativo de la atención llamada pseudoaprosexia que es una aparente pérdida de la atención en un estímulo, cuando en realidad está excesivamente fijada en otro (deportista concentrado en un partido) (9).

### Etiología

Es incuestionable la afirmación acerca de la existencia de una alteración genética como causa principal del TDAH que modifica negativamente la función dopaminérgica. También existe evidencia confirmada de algunas formas de TDAH originadas en lesiones cerebrales tempranas causadas por consumo materno de licor y cigarrillo durante la gestación, trauma craneal infantil y convulsiones febriles. La influencia ambiental es también determinante (escuela, hogar). Es importante resaltar la disfunción del

lóbulo frontal y la deficiencia de neurotransmisores cerebrales (dopamina, noradrenalina y serotonina) que han sido descritas por estudiosos del TDAH (7, 9).

Las investigaciones recientes sugieren también, una alteración en la formación de las sinapsis neuronales (sinaptopoyesis).

Las lesiones anteriormente mencionadas, disfunciones y alteraciones se traducen en fallas de la atención o en la iniciación de la ejecución motora y defectos en la iniciación e inhibición de las respuestas (9).

### Epidemiología

Los estudios de prevalencia en la población arrojan datos muy disímiles que van desde el 2% al 20%. Igual ocurre en la proporción de hombres a mujeres (desde 4:1 hasta 9:1). Pero se acepta actualmente el informe de la Academia Psiquiátrica Americana (APA) (DSM IV) de 4:1 (1,2).

Se afirma en estudios longitudinales que cerca del 50% de los jóvenes que sufrieron el defecto en la niñez tienen síntomas residuales. Aproximadamente el 2% de los adultos pueden tener un síndrome residual. En una familia extensa se encuentra hasta el 40% de los miembros de varias generaciones afectados. En gemelos monocigotos la concordancia va del 60% al 90% y en dicigotos del 20% al 30% (2).

### Diagnóstico

El diagnóstico de TDAH se basa en la tríada inatención, impulsividad e inquietud que supera lo esperado en un niño de edad y circunstancias iguales. Recordemos que los niños son cachorros mamíferos y como tales siempre son inquietos y tienen que serlo, como juego didáctico necesario. La hiperactividad se considera un trastorno cuando es exagerada, no funcional y permanente.

Se supone que el TDAH existe desde los albores de la humanidad en la tierra, pero las primeras descripciones solo se comenzaron a hacer en la literatura médica occidental a partir del siglo XIX.

Actualmente, la clasificación más aceptada es la de la Academia Psiquiátrica Americana en la cuarta versión del Manual Estadístico y Diagnóstico (DSM IV) (1,6):

1. Médico psiquiatra de niños y adolescentes. Profesor de psiquiatría. Universidad Tecnológica de Pereira.. Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda. Correo electrónico: osvaldocastilla@gmail.com

- a) T.D.A. con predominio de inatención (menos común. Más frecuente en niñas).
- b) T.D.A. con predominio de inquietud e impulsividad (más frecuente en varones).
- c) T.D.A. combinado de inatención, inquietud e impulsividad (el más común. Más frecuente en varones).

### a) Inatención

1. Insuficiente atención a detalles y comisión de errores por descuido.
2. Dificultad para mantener la atención en sus actividades.
3. Pseudosordera.
4. Inhabilidad para seguir instrucciones y terminar sus obligaciones.
5. Incapacidad para organizar sus actividades.
6. Disgusto y evitación de labores que exijan atención.
7. Olvido y extravío de objetos personales.
8. Distracción fácil con estímulos irrelevantes.
9. Descuido en sus actividades diarias.

### b) Inquietud

1. Movimiento excesivo de manos, pies o de todo el cuerpo.
2. Incapacidad para permanecer sentado en su puesto.
3. Tendencia a correr y saltar excesivamente.
4. Actividades de ocio y juego intranquilos.
5. Actividad motora permanente.
6. Logorrea.

### c) Impulsividad

1. Precipitud en las respuestas.
2. Impaciencia para respetar turnos.
3. Intromisión e intrusión.

El T.D.A.H. es un trastorno del funcionamiento neurocomportamental crónico y que cambia con la edad. Aparece antes de los 7 años, se presenta en forma permanente y produce consecuencias en lo familiar, lo ocupacional y lo social.

## Clínica

La mayoría de los padres de niños con TDAH refieren que notaban desde muy temprana edad mucho llanto, poco sueño, hipersensibilidad a los estímulos ambientales, inquietud permanente, irritabilidad, terquedad, explosividad, desobediencia, voz altisonante, intrusividad, torpeza motora, accidentalidad, temeridad, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, celos, hostilidad, problemas escolares, indisciplina, bajo rendimiento académico, ansiedad y depresión (3).

## Comorbilidad

Es frecuente la comorbilidad con otros trastornos (más del 50%): trastorno afectivo bipolar, síndrome de Gilles de la Tourette, trastornos ansioso-depresivos, trastornos comportamentales, trastornos del aprendizaje, alteraciones del desarrollo de la coordinación y otros trastornos médicos y neurológicos (5).

## Tratamiento

El concepto aceptado de pluralidad etiológica nos lleva necesariamente a la necesidad de un tratamiento multimodal, de comprobada mayor eficacia que un tratamiento único.

En la actualidad se proponen intervenciones interdisciplinarias, grupos de apoyo, intervención escolar, terapia cognitivo-comportamental, terapias alternativas, farmacoterapia, psicoeducación, medidas preventivas y de rehabilitación.

- a) El origen multicausal, el cuadro variopinto, la frecuente comorbilidad y las múltiples secuelas exigen la intervención de diferentes disciplinas: medicina, psicología, terapia ocupacional, fonoaudiología, trabajo social, entre otras.
- b) La conformación de grupos de apoyo es una gran ayuda para familiares y profesores por la riqueza que aportan en conocimientos y catarsis.
- c) La asesoría y apoyo al medio escolar es clave para que se apliquen estrategias mínimas recomendadas para ayudar a los niños afectados.
- d) Terapia cognitivo-conductual que incluye consejería, técnicas operantes (reforzamiento), participación del niño afectado; ejercicios para fijar la atención, para control de la inquietud y de la impulsividad. Adiestramiento en habilidades sociales (2,3).
- e) Terapias alternativas para aquellos casos en que el uso de psicofármacos no es posible, han surgido técnicas médicas alternativas. Algunas han demostrado un beneficio potencial: yoga, suplementos alimenticios, vitaminas, ayudas con animales, homeopatía, entre otros.
- f) Farmacoterapia: el acto de tomar una medicación para el comportamiento puede tener repercusiones cognitivas y sociales, que pueden ser positivas o negativas (8). Está definitivamente comprobado, por los estudios hechos durante años, el efecto en general benéfico de los psicofármacos, cuando se prescriben como coadyuvantes de las otras intervenciones mencionadas.

Los siguientes grupos de medicamentos han sido utilizados en Colombia en el tratamiento del defecto de la atención:

- **Psicoestimulantes:** Metilfenidato (Ritalina, Ritalina SR, Ritalina LA, Concerta) Modafinilo (Provigil).
- **Antidepresivos:** Tricíclicos: Imipramina (Tofranil) ISRS: Fluoxetina (Prozac), Sertralina (Zolof), Paroxetina (Seroxat), Fluvoxamina (Luvox), Escitalopram (Lexapro) y otros.
- **Noradrenérgicos:** Atomoxetina (Strattera) Bupropion (Wellbutrin)
- **Alfa-adrenérgico:** Clonidina (Catapresan)

De los anteriores agentes farmacológicos hay que resaltar la gran experiencia que se tiene en el país, especialmente en el uso durante décadas, de Metilfenidato e Imipramina.

El Metilfenidato tiene una respuesta de eficacia importante de cerca del 80% y con la Imipramina también se

encuentra eficacia aunque en menor porcentaje que con el Metilfenidato, pero una mejor respuesta en pacientes con ansiedad o depresión asociadas (8).

g) Psicoeducación: esta intervención tiene mucho auge por la repercusión que tiene en el individuo, en la familia, en la escuela y en la sociedad en general.

h) Medidas preventivas y de rehabilitación: con la intervención interdisciplinaria se pueden lograr exitosos resultados en prevención primaria y terciaria.

## Pronóstico

En general, con un buen tratamiento, es decir, con la combinación de psicoterapia, farmacoterapia e intervención del entorno, el pronóstico es favorable. Cuando el pronóstico es pobre, está dado más por las comorbilidades: trastorno oposicional desafiante, trastorno de conducta, trastorno bipolar, toxicomanía, etc. que por el TDAH aislado(3).

---

---

## Referencias

1. American Psychiatric Association, 2000. Diagnostic criteria from D.S.M.-IV-TR, Washington, DC.
2. Diamond J, Mattsson A. Trastorno por déficit de atención / hiperactividad. En: Parmelee DX. Psiquiatría del niño y el adolescente. Harcourt Brace de España, Madrid, 1998.
3. Dunoyer C, Espinosa E. Neuropediatría. 2ª. ed. Editora Guadalupe, Bogotá, 2001.
4. Hernández-Bayona B. Manual de psicopatología básica. CEJA, Bogotá, 2001.
5. Milicic N, Gorostegui ME. Comorbilidad y diagnóstico diferencial. En: Déficit de atención e hiperactividad. Fundación Gradas, Medellín, 2006.
6. Orjales-Villar I. Déficit de atención con hiperactividad. 3ª. ed. CEPE, S.L., Madrid, 1999.
7. Pineda DA. Factores de riesgo y fundamentos terapéuticos. En: Déficit de atención e hiperactividad. Fundación Gradas, Medellín, 2006.
8. Pineda DA. Tratamiento farmacológico. En: Déficit de atención e hiperactividad. Fundación Gradas, Medellín, 2006.
9. Téllez-Vargas JE. Psicopatología clínica. JAVEGRAF, Bogotá, 2000.

# LA INTERFASE ENTRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) Y LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

Juan F Muñoz R.<sup>1</sup>

## Panorama epidemiológico

En la mayoría de las sociedades la habilidad de un individuo para adelantar a lo largo del sistema educativo significa acceso al éxito, mejor posición económica y poder. Desafortunadamente en cada sistema educativo hay un subgrupo de estudiantes que tienen grandes dificultades para dar buena cuenta de los contenidos académicos. Esto les sucede por fallas en la atención, recuperación y manipulación de la información por la memoria, pobre rendimiento en procesos cognitivos específicos como la velocidad de procesamiento, entre otros. El Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia del año 2003 que ha sido el más reciente realizado en Colombia encuestó individuos a partir de los 18 años de edad y no tuvo en cuenta los Trastornos del Aprendizaje entre los diagnósticos revisados(1). La oficina de la OPS/OMS en Colombia en el año 2000 informaba que la mayor cantidad de repitentes se daba en los grados 1° y 6°, los cuales implican el inicio de la escolaridad formal, y en 6° grado el aumento de las demandas académicas inherentes al inicio de la secundaria (2). No se encuentran otras cifras que orienten sobre la magnitud del problema en nuestro país aunque la carencia de las mismas ya implica una alerta epidemiológica en psiquiatría infantil que es indispensable despejar.

Según datos de Norteamérica la prevalencia del trastorno del aprendizaje de la lectura es de 4% con un rango entre 2 y 10%; la prevalencia del trastorno del aprendizaje de las matemáticas ha sido estimada en un rango de 1-6%. Las niñas tienen una mayor prevalencia del trastorno para las matemáticas que los niños. En cuanto al trastorno del aprendizaje de la escritura la prevalencia oscila entre 2 y 8% con tres niños afectados por cada niña (3). Es frecuente que los diversos trastornos del aprendizaje se presenten de manera conjunta en un mismo paciente, especialmente los trastornos de la lectura y la escritura. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) tiene una relación bastante estrecha con los trastornos del aprendizaje porque hasta un 20% de estos individuos presenta un TDAH comórbido e inversamente un 30%

de niños y adolescentes con TDAH presentará un trastorno del aprendizaje concomitantemente (4). Hay pruebas abundantes del vínculo existente entre la dificultad para la lectura y el TDAH en un contexto hereditario. Light y otros en 1995 observaron que el 70% de la covarianza entre el TDAH y la dislexia tenía un origen hereditario (5). Stevenson y cols demostraron que el 75% de la comorbilidad entre la dificultad del aprendizaje de la lectura y el TDAH también tiene un origen hereditario (6).

La disfuncionalidad acumulada en un individuo por las consecuencias de varios trastornos que se presentan concomitantemente es un fenómeno frecuente en la psiquiatría de niños y adolescentes. McNamara et al. en 2005 (7) buscaron delinear el status psicosocial de adolescentes con trastornos del aprendizaje con o sin TDAH cuantificando una serie de variables por autoinforme. Encontraron que los adolescentes con trastornos del aprendizaje y TDAH presentaban las peores calificaciones en secundaria a diferencia de quienes tenían solo TDAH o trastornos del aprendizaje sin comorbilidad. Igualmente los adolescentes con ambos trastornos reportaban mayores tasas de victimización por parte de sus pares, mayores síntomas depresivos y peor autoestima. Se ha encontrado que hasta el 50% de los niños y adolescentes con un trastorno del aprendizaje presentan otro trastorno psiquiátrico comórbido (8). Dicha cifra lleva a ponderar la disfuncionalidad tan importante que acarrea para el desarrollo de un niño o adolescente el tener un trastorno del aprendizaje. Según los resultados de un metanálisis de 152 estudios cerca de 75% de los estudiantes con trastornos del aprendizaje tienen déficit en habilidades sociales (9).

El TDAH tiene en nuestro país una prevalencia del 11.5% en niños y adolescentes. Es el primer motivo de consulta en los servicios de atención en psiquiatría infantil y da cuenta de una importante disfuncionalidad psicosocial no solo por sus implicaciones sino por su alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (10). Se ha demostrado en población colombiana el componente genético del TDAH (11).

## Trastornos del aprendizaje

Aproximadamente 10 a 15% de los niños en Estados Unidos luchan con alguna forma de discapacidad para

1. Médico de la Universidad de Antioquia, Medellín. Psiquiatra de la Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín. Residente del programa de Psiquiatría de Niños y Adolescentes de la Universidad El Bosque, Bogotá.

el aprendizaje. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su versión 4ª revisada (DSM-IV-TR)(12) los define así: los trastornos del aprendizaje se diagnostican cuando el rendimiento del individuo en pruebas estandarizadas de aplicación individual para evaluar lectura, matemáticas o expresión escrita, están sustancialmente por debajo de lo esperado para la edad, escolaridad y nivel de inteligencia. Los problemas del aprendizaje interfieren de manera significativa con el rendimiento académico o con las actividades cotidianas que requieren habilidades para la lectura, cálculo o escritura.

Se puede utilizar una variedad de enfoques para establecer que una discrepancia es significativa. En general, sustancialmente por debajo se define como una discrepancia de más de dos desviaciones estándar entre rendimiento y coeficiente intelectual (CI). En ocasiones se utiliza una discrepancia menor entre rendimiento y CI (es decir entre una y dos desviaciones estándar), en especial en casos donde el desempeño de un individuo en una prueba de CI puede haber sido comprometido por un trastorno del procesamiento cognitivo, un trastorno mental comórbido o un padecimiento médico general, o por los antecedentes étnicos o culturales del individuo. Si hay una alteración sensorial, las dificultades del aprendizaje deben ser adicionales a aquellas asociadas con el déficit. Los trastornos del aprendizaje pueden persistir en la adultez con todas sus consecuencias (13). Otra definición que se debe tener en cuenta es la del Comité Nacional Conjunto para las Discapacidades del Aprendizaje (NJCLD) de los EEUU propuesta en 1981 y actualizada en 1990 (14) la cual establece: discapacidades del aprendizaje es un término general que se refiere a un grupo heterogéneo de trastornos manifestados por dificultades en la adquisición y el uso de las habilidades para la escucha, el habla, la lectura, la escritura, el razonamiento ó las matemáticas. Estos trastornos son intrínsecos al individuo, se presume que son debidos a disfunción del sistema nervioso central y pueden ocurrir a lo largo de toda la vida. Pueden existir problemas en conductas autorreguladoras, la percepción social y la interacción social en conjunto con las discapacidades del aprendizaje pero no constituyen por sí mismas una discapacidad del aprendizaje. Aunque las discapacidades del aprendizaje pueden ocurrir concomitantemente con otras condiciones de minusvalía física (p.e. impedimentos sensoriales, retardo mental, perturbaciones emocionales severas) o con influencias extrínsecas (tales como diferencias culturales o educación básica de pobre calidad) ellas no son resultado de estas condiciones o influencias.

### **Trastorno del aprendizaje de la lectura**

El aspecto esencial de este trastorno es que el rendimiento en la lectura (precisión, velocidad o compren-

sión) se encuentra sustancialmente por debajo de lo esperado de acuerdo con la edad, inteligencia y educación. En la lectura oral evidencian omisiones, sustituciones y distorsiones. Tanto la lectura oral como en silencio se caracteriza por lentitud y errores en comprensión. Algunos estudiantes se esfuerzan tanto en la decodificación que no consiguen comprender lo que leen en voz alta, en tanto que a otros se les dificulta prestar atención a menos que lean en voz alta. Este trastorno refleja un déficit persistente más que una demora en el desarrollo que se remediaría con el tiempo, porque de los niños con dislexia en tercer grado, el 74% continuará leyendo significativamente mal en octavo grado. El déficit en la conciencia fonológica es la alteración central en la dislexia. La conciencia fonológica incluye las capacidades para dividir las palabras en sílabas y fonemas, reconocer la rima, eliminar, mezclar y sustituir elementos fonémicos y apreciar los juegos de palabras (15).

### **Trastorno del aprendizaje de las matemáticas**

Es una alteración específica de la capacidad del aprendizaje de la aritmética, que no es explicable solo por un retraso mental o por una escolaridad insuficiente o de pobre calidad. Afecta el dominio de las operaciones básicas de suma, resta, multiplicación y división. Hay además otras dificultades como: problemas de memoria verbal para recordar hechos, pasos y procedimientos necesarios para resolver problemas; dificultades de escritura para los números o a lo largo del papel en línea recta; dificultades perceptuales o espaciales como las que surgen para reconocer o leer los símbolos numéricos. La incidencia del trastorno puede ser hasta del 6% de la población de niños en edad escolar. Se han encontrado en este grupo de niños importantes alteraciones en las habilidades visoespaciales (16).

### **Trastorno del aprendizaje de la escritura**

Se caracteriza por una expresión escrita que cae sustancialmente por debajo de lo esperado para la edad cronológica, inteligencia y educación del individuo. Hay errores gramaticales y de puntuación en las oraciones, organización deficiente de los párrafos, errores múltiples de ortografía y caligrafía excesivamente imperfecta. En general no se da este diagnóstico si solo existen errores de ortografía o caligrafía deficiente en ausencia de otras alteraciones en la expresión escrita. Se encuentra comúnmente en combinación con el trastorno de la lectura y el de las matemáticas. Este trastorno puede asociarse con déficit motores finos, lingüísticos, visoespaciales, de la atención, la memoria y la secuenciación. Es necesario di-



# **NEROBASAL INCOBRA**

ferenciar los conceptos de escritura y caligrafía. Escribir implica expresar los pensamientos en una idea escrita; implica un uso ideacional (o proposicional) del lenguaje, así como los sistemas auditivo y visual. Las perturbaciones de cualquiera de estos sistemas pueden interferir con el proceso de la escritura. En contraste, la caligrafía se refiere a los aspectos motores y de forma de la escritura (17).

## Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

Es un trastorno neuropsiquiátrico que tiene manifestaciones en todas o algunas de las siguientes funciones: atención, control voluntario de la actividad motora y control de los impulsos. Suele manifestarse antes de los siete años suscitando diversos grados de disfuncionalidad en el comportamiento y el funcionamiento social y académico. Su diagnóstico es eminentemente clínico para lo cual se tienen en cuenta 18 síntomas diferentes de los dominios antes mencionados además de sopesar el grado de disfuncionalidad en el hogar y en el colegio (12). Su prevalencia es del 5 al 10% en países desarrollados y subdesarrollados. De los niños y adolescentes que sufren dicho trastorno, un 60% aproximadamente continuará sufriendolo después de los 18 años. Las manifestaciones comportamentales variarán por el rol de adulto pero seguirán siendo altamente disfuncionales especialmente en lo cognitivo, las relaciones interpersonales, la conducción de vehículos, las relaciones de pareja, y en el campo laboral. El TDAH tiene una heredabilidad estimada del 76%, además de factores de riesgo prenatales, complicaciones perinatales y posnatales que contribuyen a su causalidad (18, 19).

## La interfase TDAH – trastornos del aprendizaje

Tanto el TDAH como los Trastornos del Aprendizaje, cada uno por separado, presentan alteraciones en el

rendimiento de múltiples funciones cognitivas tales como: memoria inmediata, memoria de trabajo, atención, velocidad de procesamiento, funcionamiento ejecutivo (20,21). Se ha encontrado en comparaciones con grupos control que la comorbilidad de ambas entidades genera los siguientes perfiles:

1. El TDAH empeora el desempeño académico ocasionado por los trastornos del aprendizaje (20).
2. Los trastornos del aprendizaje a su vez empeoran el bajo rendimiento de la atención y las alteraciones en la función ejecutiva característicos del TDAH (22, 23).
3. Ambos trastornos tienen efectos aditivos en la producción de fallas en la memoria inmediata (24).
4. Los niños y adolescentes con TDAH y trastornos del aprendizaje comórbidos, especialmente de las matemáticas, no tienen buena respuesta al tratamiento con metilfenidato a diferencia de los que solo presentan TDAH (25).
5. Hay genes involucrados en la comorbilidad de trastornos del aprendizaje y TDAH, uno de los cuales sería el gen del receptor A2 adrenérgico, específicamente para la combinación de trastorno de la lectura con TDAH (26).

Todas las alteraciones cognitivas anotadas llevan a un pobre funcionamiento académico. El fracaso recurrente a lo largo de la vida escolar genera desesperanza, inseguridad y una muy baja autoestima; factores de riesgo propios para otros trastornos emocionales y comportamentales, además de muy pobres desenlaces en la vida adulta (27).

Un estándar básico de la atención al niño y el adolescente debe ser el documentar la historia de síntomas de TDAH y el desempeño académico en lectura, escritura, y matemáticas. La alta prevalencia y gran disfuncionalidad de los trastornos comentados obliga a tener un alto índice de sospecha en la práctica clínica cotidiana.

---

---

### Referencias

1. Posada Villa, José. Estudio Nacional de Salud Mental. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. 2003.
2. Franco, Alvaro. Presentado En: Chaskel R, Franco A, Hernández E, Jones E, Muñoz R, Puerta G, Vásquez R, Piñeros S, Ramírez L. editores, en: Temas de Psiquiatría Evolutiva y Psiquiatría Infantil, Tomo 4. Bogotá. Universidad El Bosque. 2007.
3. Beitchman J, Young A. Learning disorders with a special emphasis on Reading disorders: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:(8):1020-32.
4. Prat H, Patel D. Learning disorders in children and adolescents. *Prim Care Clin Office Pract* 2007; 34:361-374.
5. Light J, Pennington B, Gilger J, DeFries J. Reading disability and hyperactivity disorder: evidence for a common genetic etiology. *Dev Neuropsychology* 1995; 11:323-335.
6. Stevenson J, Pennington B, Gilger J, DeFries J. Hyperactivity and spelling disability: testing for a shared genetic etiology. *J Child Psychol and Psychiatry* 1991; 34:1137-1152.
7. McNamara JK, Willoughby T, Chalmers H. Psychosocial status of adolescents with learning disabilities with and without comorbid attention deficit hyperactivity disorder. *Learning Dis Res Pract* 2005; 20(4):232-244.
8. Cantwell D, Baker L. Association between attention deficit-hyperactivity disorder and learning disorders. *J Learning Dis* 1991;24(1):88-95.

9. Kavale KA, Forness SR. Social skills deficits and learning disabilities: a meta-analysis. *J Learning Dis* 1996;29(3):226-237
10. Pineda D, Lopera F, Palacio JD, Ramirez D, Henao GC. Prevalence estimations of attention-deficit/hyperactivity disorder: differential diagnoses and comorbidity in a Colombian sample 2003. *Int J Neurosci*; 113(1):49-71.
11. Jaim M, Palacio LG, Castellanos FX, Palacio JD, Pineda D, Restrepo MI et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Comorbid Disruptive Behavior Disorders: Evidence of Pleiotropy and New Susceptibility Loci. *Biol Psychiatry* 2007; 61:1329-1339.
12. American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
13. Silver LB. Developmental learning disorders. En: M. Lewis, editor. *Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook* (pp. 621-629). Philadelphia. Lipincott Williams and Wilkins. 2002.
14. National Joint Committee on Learning Disabilities. 1991. *Learning Disabilities: Issues on Definition*. ASHA, 33, (Suppl. 5), 18-20.
15. Galaburda AM, Cestnick L. Dislexia del desarrollo. *Rev Neurol* 2003; 36(supl 1) S3-S9.
16. Shalev RS, Auerbach J, Manor O, Gross-Tsur V. Developmental dyscalculia. Prevalence and prognosis. *Eur Child Adol Psychiatry* 2009(suppl 2):58-64.
17. Sattler J, Weyandt L. Discapacidades específicas para el aprendizaje. En: Sattler J (editor) en: *Evaluación infantil. Aplicaciones conductuales y clínicas Vol II*. México, D. F. Editorial El Manual Moderno. 2003.
18. Millichap JG. Etiologic classification of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* 2008; 121, e358-e365.
19. Polanczyk G, Jensen P. Epidemiologic considerations in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a review and update. 2008. *Child and Adol Psychiatric Clin N Am* 17, 245-260.
20. Mayes S, Calhoun S L, Crowell E W. Learning disabilities and ADHD: overlapping spectrum Disorders. *J Learn Disab* 2000;33, 5: 417-424
21. Jakobson A, Kikas E. Cognitive functioning in children with and without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder with and without Comorbid Learning Disabilities. *J Learn Disab* 2007;40, 3:194-202.
22. Seidman LJ. et al. Neuropsychological functioning in girls with attention deficit/hyperactivity Disorder with and without learning disabilities. *Neuropsychology* 2006; 20, 2:166-177.
23. Seidman LJ. Learning disabilities and executive dysfunction in boys with attention deficit/Hyperactivity Disorder. *Neuropsychology* 2001;15, 4:544-556.
24. Johnson BD et al. Attention defects and reading disabilities: are immediate memory effects additive?. *Dev Neuropsychol* 1999; 15(2): 213-226.
25. Grizenko N. et al. Efficacy of metilphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity Disorder and learning disabilities: a randomized crossover trial. *J Psychiatry Neurosci* 2006; 31(1):46-51.
26. Stevenson J., et al. Attention deficit/Hyperactivity Disorder and reading disabilities: preliminary genetic findings on the involvement of the ADRA2A gene. *J Child Psychol Psychiatry* 2005;46, 10:1081-1088.
27. Kaloi L. Capitol Hill Update. National Joint Committee on Learning Disabilities, Transition Symposium, 30th may 2008. Disponible en URL: <http://www.lidonline.org>.

## REPERCUSIÓN DE LA OTITIS MEDIA EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Maira Alejandra Soto Trujillo<sup>1</sup>

La otitis media es una de las enfermedades infecciosas más prevalente en la infancia y es el diagnóstico más común hecho por los pediatras. Los médicos han tratado de atender los síntomas agudos y las complicaciones potenciales de la otitis media a largo plazo; solo hasta en esta última década se han centrado y se ha hecho énfasis en la búsqueda de los efectos potenciales a largo plazo (1).

La otitis media es una patología frecuente en todas las latitudes en los menores de 6 años de edad, según la Organización Mundial de la Salud para el 2004, la incidencia fue de 1.435.000 niños menores de 6 años de un total en el mundo de 6.224.985.000 habitantes (0,1%), cifra igual para hombres y mujeres (2). La otitis media se define como el proceso inflamatorio del oído medio que no supera las tres semanas desde su inicio y la otitis media aguda recurrente como la presencia de más de tres episodios en seis meses o más de cuatro episodios en un año. La otitis con efusión crónica es definida como la presencia de líquido en el oído medio por más de 3 meses (3).

Sade, la llamó el síndrome silencioso dadas las manifestaciones posteriores que pueden ser los motivos de consulta como sus consecuencias luego de ser recurrentes, como niños con inatención, hiperactividad, mal rendimiento escolar, problemas de lenguaje y hasta referidos como niños con retardo mental, problemas comportamentales y de socialización (4).

Todas estas características hacen que la incidencia real de la enfermedad sea desconocida, aunque muchos autores han tratado de establecer porcentajes aproximados.

El mayor número de niños con otitis se encuentra en los menores de 2 años. Si bien el diagnóstico clínico no ofrece grandes dificultades, a veces existen fallas por diversos motivos: inadecuada visualización del tímpano por descamación en el conducto auditivo externo y obstrucción del cerumen, inadecuada fuente luminosa del otoscopio, escasa experiencia del observador, llanto del niño durante el examen o escasa utilización de recursos más seguros como la neumatoscopia.

La otitis media con efusión es la complicación más común de la otitis media en la población pediátrica en

los periodos de lactante y preescolar que con frecuencia se acompaña de hipoacusia conductiva transitoria de leve a moderada, definida como la sordera entre 30-50 dB en las pruebas audiométricas (4). Los niños afectados por esta condición pueden manifestar deficiencias en su vocabulario, procesamiento auditivo y dificultades en el lenguaje hablado y escrito (5,6).

La otitis media ha sido relacionada con hiperactividad, otros problemas de conducta y también ha mostrado una relación directa con el déficit de atención, aun cuando los estudios retrospectivos y prospectivos son escasos (7,8).

Los trastornos emocionales son en otras ocasiones la queja de padres y maestros de estos niños con déficit atencional, que los remiten a las consultas de pediatras, psiquiatras infantiles y psicólogos por dificultades del aprendizaje y trastornos del estado de ánimo, en otras ocasiones llegan con el neuropediatra pues también tienen trastornos del lenguaje expresivo, alteraciones en los procesos motores visuales implicados en lenguaje no verbal y lectoescrito, que terminan vulnerando su salud emocional (9).

Los niños con trastornos en la atención con hiperactividad pueden mostrar comportamientos oposicionales y desafiantes cuando no logran explicar una situación que se les dificulta por problemas en su lenguaje o en sus patrones de movimiento, por torpezas en coordinación fina o gruesa como consecuencia de un proceso inflamatorio previo en el oído que alteró la audición y el equilibrio; con frecuencia son mal interpretados por sus interlocutores quienes en últimas terminan admitiéndolos como niños hiperactivos, inatentos y groseros (altaneros). Otras veces son niños que tienen alteraciones globales del neurodesarrollo que los muestran como niños con trastornos del espectro autista (10).

La prevalencia del TDAH en adultos ha sido estimada en 4.4%, discretamente inferior a la de niños y adolescentes 5.29%, sin embargo existen grandes limitaciones metodológicas en las investigaciones, siendo mayor en los estudios de adultos que en la de niños y adolescentes; algunas están relacionadas con la fuente de información debido a que este trastorno se caracteriza por manifestaciones que no siempre son reconocidas por quienes las padecen como un problema (11).

Se han propuesto etiologías tanto genéticas como ambientales para definir las características conductuales

1. Psiquiatra-Universidad El Bosque. Fellow II en Psiquiatría de niños y del adolescente- Universidad El Bosque

y neuropsicológicas del TDAH. Durante la pasada década, el TDAH había sido concebido típicamente como principalmente genético, con solo un pequeño subgrupo de niños cuyos síntomas surgen de factores ambientales, pero investigaciones recientes han identificado factores ambientales importantes que incrementan el riesgo para TDAH. De hecho, se está haciendo cada vez más claro que condiciones complejas como el TDAH resultan de la interacción de factores genéticos y factores de riesgo ambientales (11).

Los estudios que apoyan una asociación entre TDAH y otitis media recurrente son escasos y antiguos. Al buscar en bases de datos como Pub Med, Med Line e Hinari encontramos: un estudio que evaluó 74 niños afroamericanos entre 6 y 12 años de edad con antecedentes de otitis desarrolladas entre los 6-12 meses examinados por enfermeras bajo otoscopia con neumatoscopia confirmó un 35,6% de otitis y que de ellos un 19,7% terminaron en hipoacusia y valorados como niños positivos para TDAH de predominio atencional con dificultades en el sostenimiento de la atención o en la focalización de la misma. También se confirmó que eran los niños de primer y segundo grado de primaria los más comprometidos con hipoacusia y trastornos atencionales que los de prekindergarten y kindergarten (12).

En otro estudio retrospectivo se reportó la asociación entre la frecuencia de otitis media en la infancia temprana y la hiperactividad tardía, en donde se evaluaron 67 pacientes referidos a una clínica del desarrollo de niños para estudiar fracaso escolar. La edad promedio fue entre 6 a 13 años, en todos los niños se demostró que tenían problemas específicos del apren-

dizaje, 27 niños fueron considerados hiperactivos y de ellos 16 recibían estimulantes del sistema nervioso central. Se encontró una correlación positiva entre un incremento del número de infecciones de otitis media y la presencia de hiperactividad. El 94% de los niños hiperactivos con medicación habían tenido tres o más episodios de otitis y 69% habían tenido más de 10 infecciones en comparación con el grupo de los pacientes de fracaso académico sin hiperactividad que tuvieron tres o más episodios y solo el 20% habían tenido más de 10 episodios de otitis. En el grupo de hiperactividad habían tenido más de 10 episodios de otitis aguda recurrente en el último año (7).

Otro estudio retrospectivo se enfocó a comparar la historia de otitis media en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y en niños con problemas de aprendizaje; la muestra evaluada fue de 138 niños en una clínica de desarrollo para niños, 45 de ellos fueron diagnosticados con problemas de aprendizaje sin TDAH y 21 niños fueron diagnosticados con TDAH sin problemas de aprendizaje. Este estudio concluye que así como la otitis media en preescolares ha sido relacionada con problemas tardíos de lenguaje, sugiere que la otitis media en niños en edad escolar puede además estar asociada con hiperactividad o inatención independiente de los trastornos de aprendizaje (13).

Los médicos estamos en la obligación de dar importancia a la severidad y recurrencia de la otitis media aguda para la detección oportuna, tratamiento adecuado y seguimiento de las complicaciones a corto y a largo plazo por hipoacusia manifestadas con inatención o hiperactividad.

## Referencias

1. Bluestone CD, Fria TJ, Arjona SK, et al. Controversies in screening for middle ear disease and hearing loss in children. *Pediatrics*.1986;77:57-70.
2. Informe sobre la salud en el mundo 2004. Cuadro 2. Defunciones por causas, sexo y estratos de mortalidad en las regiones de la OMS, estimaciones para 2002. Anexo estadístico. Pág. 302-307. <http://www.who.int/es/>
3. Richardson V, Borgaro R, Jaramillo L. Otitis media aguda en pediatría. *Salud Pública de México*. 1998; 40:5.
4. Pérez B, Campos M, Castro J. Otitis media secretoria: la enfermedad silenciosa. *Canarias Pediátrica*. 2000;24:1.
5. Sak RJ, Ruben RJ. Effects of recurrent middle ear effusion in preschool years on language and learning. *J Dev Behav Pediatr*. 1982;3:7-11.
6. Teele DW, Kline JO, Rozner DA, et al. Otitis media with effusion during the first three years of life and development of speech and language. *Pediatrics*.1984;74:282-287
7. Hagerman RJ, Falkenstein AR. An association between recurrent otitis media in infancy and later hyperactivity. *Clin. Pediatr*. 1987;26:253-257
8. Feagans L, Sanyal M, Henderson F, et al. Relationship of middle ear disease in early childhood to later narrative and attention skills. *J Pediatr Psychol*. 1987;12:581-94
9. Stafford S, Brooks S. Review and critiques of school psychology materials. *Journal of School Psychology*. 1995.33;4: 347-355.
10. Timmerman A, Meeters C, Anteunis I. Level of psychosocial adaptation in young school children with otitis media. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2007.71: 1843-1848
11. De la Peña F, Rohde L, Micanie. Diagnóstico y clasificación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), Trabajos del primer Consenso Latinoamericano del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Psiquiatría, suplemento*. 2007.2;23:5-8.
12. Hooper S, Ashley T, Roberts J. The relation of otitis media in early childhood to attention dimensions during the early elementary school years. *Developmental and behavioral pediatrics*. 2006.27;4:281-289.
13. Adelman AR, Altshuler LA, Lipkin PH, Walco GA. Otitis media in children with learning disabilities and in children with attention deficit disorder with hyperactivity. *Pediatrics*.1990;85:442-446.

## RESEÑA DE LIBROS PARA EL ÍNDICE

Carlos Alberto Uribe y Rafael Vásquez. *Historias de la Misericordia: Narrativas maternas de hiperactividad infantil*. Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales y Departamento de Antropología, 2008.

**Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. TDAH. Niños hiperactivos y desatentos.** Ominosas palabras cada vez más comunes en nuestros hogares y colegios. Palabras que aparecen de forma constante en las secciones de pedagogía y de salud de diarios y revistas, y en las secciones médicas de los noticieros de la televisión. Hoy, aquellos niños “revoltosos” e “inquietos” son el centro de atención de todos, padres, madres, educadores, periodistas. Y no propiamente para corregirlos y educarlos con los viejos (¿viejos?) métodos de la férula y el grito. No, ahora los niños hiperactivos deben ser tratados por especialistas, por psiquiatras y por psicólogas. Por pedagogos calificados y duchos en las más modernas técnicas de educación. Pero, ¿y qué opinan las madres de estos niños y niñas? ¿Qué tienen que decir los padres al respecto? En este libro se escuchan estas voces de madres y de padres. De esas madres que sufren con sus hijos hiperactivos, mientras continúan con las demás labores y obligaciones de su casa y de su trabajo. De madres que dudan frente de la forma de tratamiento más adecuada para sus hijos. De madres que no saben si acudir a un psiquiatra o a una psicóloga. Basados en evidencias clínicas tomadas directamente en un medio hospitalario, un antropólogo y un psiquiatra infantil aunaron esfuerzos para lograr que las voces de estas madres sean oídas.

Tres preguntas guiaron la realización del estudio que sirvió de base al libro. La primera aludió a la experiencia de las familias que tienen en su seno a un niño con TDAH: ¿Cómo es la experiencia de vida de estas familias, y cómo esta experiencia ha afectado la capacidad para controlar y moldear la vida de sus miembros? Se trata de escuchar la narrativa de los familiares del pequeño paciente, especialmente de las madres del niño o de la niña, a la vez que se hace eco de desarrollos fenomenológicos en el campo de la antropología médica. Estos enfoques proponen un acercamiento a la enfermedad como “malestar” o “padecimiento”, desde el terreno de la “experiencia de malestar-enfermedad como es vivida” por los mismos sufrientes, en este caso a través de sus madres. Este tema incluye cuestiones como la realización de la situación del niño o de la niña como un “caso problema”, y las transformaciones y reacomodos en el fluir de las rutinas cotidianas que tal realización lleva para los distintos miembros de la familia.

Un tópico mereció aquí una atención especial. Se trata de explicitar, en los recuentos narrativos, las diversas rutas terapéuticas, clínicas o no clínicas, que recorren los padres de niños afectados con TDAH antes de considerar una atención psiquiátrica para su caso –o aún simultáneas a la misma–. La idea es la formulación de los circuitos sociales de curación que se activan desde que los padres del pequeño paciente son alertados de un posible “problema” en el comportamiento de su hijo, generalmente por la maestra del niño. Ello se hizo para evaluar posibles claves que permitan entender las reticencias o demoras paternas en optar por la intervención psiquiátrica. Además, esto permitió explorar los factores que promueven una sensibilización paterna frente del tratamiento psiquiátrico de sus hijos.

La segunda pregunta inquirió por la diferencia que implica para los miembros de la unidad doméstica el que el niño o la niña hayan sido diagnosticados como un caso de TDAH: si la situación del niño se conceptúa como un trastorno médico, y no como un problema de comportamiento, ello hace a los miembros de la unidad doméstica más pasivos o dependientes, o por el contrario, les permite mejorar la calidad de sus vidas. En otras palabras, se busca que el relato de enfermedad arroje luces sobre un “antes” y un “después” del diagnóstico, y las consecuencias que la aceptación del TDAH tiene para los involucrados, en términos de su capacidad de generar estrategias de “empoderamiento” y “toma del control” de las situaciones generadas por el trastorno.

La tercera pregunta apunta a precisar qué significa en nuestra cultura ser un niño (niña) normal. A partir de una definición cultural de la niñez sana realizada por los miembros del grupo doméstico de los pequeños pacientes, interesó mirar los parámetros en torno a los cuales se construye, con la mediación de la cultura y la sociedad, una noción de “anormalidad” en el comportamiento de los pequeños, y por ende, de las prácticas o medidas más adecuadas para lidiar con estas desviaciones en las pautas de comportamiento social y culturalmente aceptadas. Estas nociones en torno a las ideas del “normalidad” y “anormalidad” de los niños, en especial cuando aparecen los tres rasgos por excelencia del TDAH, desatención, hiperactividad e impulsividad, son determinantes a la hora de acudir al psiquiatra y comenzar a reconstituir una nueva versión sobre lo que le pasa a su hijo o hija “problema”.

Detrás de esta pregunta hay otro interés particular: considerar qué significa en nuestra cultura la niñez. En la traducción española del DSM-IV se asume que los términos ingleses *infancy* y *childhood* son equivalentes a un único término en nuestra lengua, la niñez –cuando en la lengua inglesa significan dos estadios más o menos delimitados del ciclo vital humano–. El primero, *infancy*, alude sobre todo a los comienzos de la vida, a aquellas etapas en las que el nuevo ser depende casi por completo de la madre; el segundo, *childhood*, indica que ya el niño tiene una mayor autonomía e independencia. ¿Cómo es ser pues un niño o una niña específicamente en nuestra cultura?

El problema rebasa lo terminológico y los problemas de la traducibilidad entre lenguas distintas. En este libro se comparte el convencimiento, compartido por muchos investigadores locales sobre los problemas de la niñez, de que el niño o la niña, como tales, como habitantes de un estadio de la vida único, independiente y válido en sí mismo, aquí no existen en verdad. Y esto es por igual para la primera infancia y para la niñez, distinción que se tiende a ignorar. Porque los niños y las niñas todavía hoy son vistos más bien como “adultos en potencia”, o “pequeños adultos” imperfectamente formados a los que hay que “moldear” de formas determinadas para que se realicen en cuanto futuros adultos. En otras palabras, los niños no son niños sino son niños en relación a sus predecesores, los adultos, y en función de la adultez –esto es, del deseo que se vuelvan adultos lo más rápido posible–. La implicación que se demuestra es que estas construcciones culturales en torno a la niñez desempeñan un papel fundamental en la evaluación que los adultos (padres, maestros, familiares, etc.) hacen de los niños que resultan diagnosticados como casos de TDAH.

## INDICE DE ARTÍCULOS PUBLICADOS

Volumen 1 No. 1 2003	Volumen 1 No. 2 2003	Volumen 1 No.3 2003	Volumen 1 No.4 2003
<p><i>Manifestaciones neurológicas de la desnutrición</i></p> <p>Manifestaciones neurológicas de las enfermedades cardíacas</p> <p>Manifestaciones neurológicas de las enfermedades infecciosas</p> <p>Manifestaciones neurológicas de las enfermedades renales</p> <p>Manifestaciones neurológicas de las enfermedades reumáticas</p> <p>Manifestaciones neurológicas de las enfermedades gastro-intestinales</p> <p>Manifestaciones neurológicas de las enfermedades endocrinas</p>	<p><i>Evento cerebro vascular en niños</i></p> <p>Ictus</p> <p>Manifestaciones</p> <p>Diagnóstico diferencial</p> <p>Clasificación</p> <p>Fisiopatología</p> <p>Clinica</p> <p>Etiología</p> <p>Tratamiento</p> <p>Pronóstico</p> <p>Caso clínico</p>	<p><i>Ataxia</i></p> <p>Ataxia Aguda</p> <p>Ataxias intermitentes</p> <p>Ataxias crónicas no progresivas</p> <p>Ataxias progresivas</p> <p>Ataxias hereditarias</p> <p>Ataxias autonómicas dominantes</p> <p>Ataxias autosómicas recesivas</p> <p>Anexos</p>	<p><i>Enfoque diagnóstico del niño hipotónico</i></p> <p>Aspectos generales</p> <p>Clasificación</p> <p>Principales entidades que cursan con hipotonía en la infancia</p> <p>Hipotonía de origen central</p> <p>Hipotonía de origen periférico</p> <p>Enfermedades sistémicas que cursan con hipotonía</p> <p>Hipotonía congénita benigna (hipotonía esencial)</p>

Volumen 2 No.1 2004 (5)	Volumen 2 No. 2 2004 (6)	Volumen 2 No. 2004 (7) 3	Volumen 2 No. 4 2004 (8)
<p><i>Manifestaciones neurológicas de las enfermedades metabólicas</i></p> <p>Clasificación</p> <p>Errores innatos del metabolismo</p> <p>Trastornos mitocondriales</p> <p>Enfermedades peroxisomales</p> <p>Trastornos del metabolismo de purinas y pirimidinas</p> <p>Trastornos en el ciclo de la úrea</p>	<p><i>Enfermedades neurocutáneas.</i></p> <p>Enfoque genético</p> <p>Modos de transmisión genética</p> <p>Autosómicas dominantes</p> <p>Autosómicas recesivas</p> <p>Ligadas al X letales en varones</p> <p>Ligadas al X no letales</p> <p>Mosaicismo</p> <p>Alteraciones cromosómicas</p>	<p><i>Infecciones del Sistema Nervioso Central I parte</i></p> <p>Meningitis bacteriana</p> <p>Encefalitis viral</p> <p>Parasitarias:</p> <p>Malaria</p> <p>Toxoplasma</p> <p>Cisticercos</p> <p>Anexos</p>	<p><i>Infecciones del Sistema Nervioso Central II parte</i></p> <p>Manifestaciones neurológicas del SIDA</p> <p>Neurotuberculosis</p> <p>Infecciones micóticas</p> <p>Infecciones por priones</p>

Volumen 3 No.1 2005 (9)	Volumen 3 No.2 2005 (10)	Volumen 3 No.3 2005 (11)	Volumen 3 No.4 2005 (12)
<p><i>Miopatías y diagnóstico diferencial</i></p> <p>Miopatías congénitas</p> <p>Miopatías inflamatorias</p> <p>Distrofias y miotonías musculares</p> <p>Neuromiopatías</p> <p>Miopatías medicamentosas</p> <p>Electromiografía</p> <p>Manejo de rehabilitación</p>	<p><i>Fármacos antiepilépticos</i></p> <p>Introducción</p> <p>Eficacia y tolerabilidad de nuevos FAE en epilepsia de diagnóstico reciente</p> <p>Eficacia y tolerabilidad de nuevos FAE en epilepsia refractaria</p> <p>FAE clásicos</p> <p>FAE nuevos</p>	<p><i>Trastornos paroxísticos no epilépticos</i></p> <p>Generalidades</p> <p>Cefalea</p> <p>Espasmos del sueño</p> <p>Sueño</p>	<p><i>Actualización farmacológica en epilepsia</i></p> <p>Introducción</p> <p>Crisis epilépticas y epilepsia: propuesta de la ILAE y el IBE</p> <p>Selección del FAE en pacientes de diagnóstico reciente</p> <p>Selección de FAE</p> <p>Memorias del Congreso 38 de la Sociedad Japonesa de Epilepsia</p> <p>Epilepsia en adolescentes consideraciones en el tratamiento de mujeres</p>

Volumen 4 No.1 2006 (13)	Volumen 4 No.2 2006 (14)	Volumen 4 No.3 2006 (15)	Volumen 4 No.4 2006 (16)
<p><i>Trastornos de aprendizaje</i></p> <p>Evaluación clínica, Conciencia fonológica y aprendizaje lector Presentación de caso clínico Aprendizaje pedagógico y deficiencias auditivas leves Musicoterapia en las patologías del desarrollo Diagnóstico psicológico en la edad preescolar Cómo afrontar el divorcio de los padres</p>	<p><i>Manejo de algunas alteraciones en psiquiatría infantil</i></p> <p>Activación neuroglial y neuroinflamación en autismo Trastornos de sueño en niños Esquizofrenia en niños y adolescentes Psicopatología en niños y adolescentes con retraso mental Trastorno por estrés posttraumático Urgencias en Psiquiatría infantil Síndrome de Asperger Psicosis como disritmia tálamo cortical Base neurobiológica de la moral humana</p>	<p><i>Epilepsias Idiopáticas Generalizadas (IGE)</i></p> <p>Introducción Aspectos históricos de IGE Epidemiología de IGE Fotosensibilidad en IGE Epilepsias idiopáticas generalizadas reconocidas por la ILAE Síndromes de IGE no reconocidos por la ILAE Desórdenes no epilépticos que imitan las IGE Epilepsias sintomáticas que imitan las IGE Guías de manejo en niños con IGE</p>	<p><i>Trastornos de aprendizaje</i></p> <p>Encefalopatía epiléptica en el neurodesarrollo y aprendizaje Manejo en el aula del TDH Hipotonía, mito o realidad Efectos cognitivos de los FAE Colombia, hacia la educación inclusiva de calidad Neurociencia y educación Leímos para ud: Efectos cognitivos de los FAE Efectos secundarios de los FAE: alteraciones del humor</p>

Volumen 5 No. 1 2007 (17)	Volumen 5 No. 2 2007 (18)	Volumen 5 No. 3 2007 (19)	Volumen 5 No.4 2007 (20)
<p><i>Manejo de algunas alteraciones en Psiquiatría Infantil (II)</i></p> <p>Neuropediatría y Psiquiatría Infantil, una historia en común Desarrollo vincular y sus alteraciones Trastorno oposicional desafiante Respuesta biológica al estrés y estrés posttraumático Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes Trastorno afectivo bipolar en niños y adolescentes Aspectos neurobiológicos del síndrome de La Tourette Trastornos neuropsiquiátricos autoinmunes en la infancia asociados a infección por estreptococo (PANDAS)</p>	<p><i>Síndromes epilépticos</i></p> <p>Importancia de la clasificación de las epilepsias Síndromes Epilépticos</p>	<p><i>Tópicos básicos en neurociencias</i> <i>Eventos vasculares cerebrales</i></p> <p>Muerte cerebral Trauma craneoencefálico Desórdenes neuromusculares</p>	<p><i>Avances en Neurogenética</i></p> <p>Convulsiones febriles Aspectos genéticos y moleculares de las epilepsias refractarias Bases moleculares del receptor GABA A Epilepsia idiopática generalizada con ausencias, fenotipo y genética Etiología y genética de espasmos infantiles Fármacos durante el embarazo Teratogenicidad de los antiepilépticos Esclerosis múltiple en niños Esclerosis lateral amiotrófica juvenil Autismo y cromosoma X Polineuropatías sensitivo motoras</p>



Volumen 6 No.1 2008 (21)	Volumen 6 No.2 2008 (22)	Volumen 6 No.3 2008 (23)	Volumen 6 No.4 2008 (24)
<p><i>Avances en Neurogenética (II)</i></p> <p>Neuropatías periféricas del niño. Clínica y genética                      Enfermedades metabólicas hereditarias en la infancia                      Clínica y genética.                      Genética de la esclerosis tuberosa y otras facomatosis                      Asociación síndrome de Down defectos del tubo neural                      Neurofibromatosis 1 en niños.                      Clínica y genética                      Neurobiología del síndrome de Tourette                      Factores genéticos que alteran la progresión del SIDA en niños                      Neurobiología y genética del trastorno disocial                      Papel del gen de la apolipoproteína E en el desarrollo de la esquizofrenia                      Genética de la migraña                      Tartamudez                      Genética de los tumores cerebrales e implicaciones en su manejo</p>	<p><i>Tópicos básicos en neurociencias II</i></p> <p>Epilepsia y alteraciones relacionadas                      Desórdenes del movimiento                      Desórdenes desmielinizantes                      Neurotoxicología y desórdenes nutricionales                      Neurourológica</p>	<p><i>Factores de riesgo en el niño</i></p> <p>Disfunción cerebral y trastornos de aprendizaje                      Embriología moderna                      Proliferación neuronal                      Migración neuronal                      Malformaciones del sistema nervioso central                      Prematuridad y lesión cerebral                      Crisis neonatales                      Indicadores de riesgo para EHI                      Diabetes Mellitus                      La columna del invitado</p>	<p><i>Manejo de algunas alteraciones en Psiquiatría Infantil (III)</i></p> <p>Depresión del niño y el adolescente                      Trastorno obsesivo compulsivo                      Enuresis y Encopresis                      Abuso sexual                      Aspectos psicopatológicos del CI limitrofo                      Proceso de duelo en la infancia                      Aspectos psicopatológicos y resiliencia                      Pediatría conductual                      Atención deficitaria e hiperactividad                      Interfase entre el trastorno por TDAH y los trastornos del aprendizaje                      Repercusión de la otitis media sobre el TDAH</p>

# DESCRIPCION DE PRODUCTOS GLAXO

# **TOPAMAC-NEUROBASAL- TRILEPTAL B/N**

# SABRIL-URBADAN- RELUTEK B/N