

G. Gámiz Poveda* 
I. García Miralles
M. Constanza Pacheco

CENTRO DE TRABAJO: Unidad de salud mental infanto-juvenil del Hospital General de Valencia, España.

***AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**

G. Gámiz Poveda
Dirección: C/Pintor Stolz, nº 35.
Correo electrónico: gamiz_gem@gva.es | usmi_hgv@gva.es

¿Es sólo mutismo? A propósito de un caso

Is it only Mutism? Case-based Review

RESUMEN

El mutismo selectivo fue descrito por primera vez hace más de 100 años. Forma parte de un grupo heterogéneo de alteraciones que tienen en común la presencia de anomalías del comportamiento social que comienzan durante el período de desarrollo. En la última edición del DSM-5 ha sido clasificado en la categoría de Trastornos de ansiedad. Presentamos un caso clínico de una paciente que fue derivada a nuestra consulta de Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil por incapacidad para hablar en los contextos escolar y social a pesar de hablar con aparente normalidad con los familiares más cercanos, acompañado de fracaso escolar. Repasamos brevemente algunas de las características generales del trastorno: factores de riesgo, el diagnóstico según los sistemas de clasificación actuales más importantes y las estrategias para el abordaje. Posteriormente exponemos el caso clínico con el desarrollo de las sucesivas entrevistas clínicas, el análisis de la información aportada por la madre adoptiva, la exploración del estado mental, el resumen de las exploraciones neuropsicológicas e informes escolares y una discusión final.

Palabras clave: mutismo selectivo, factores predisponentes, presentación clínica, psicopatología, comorbilidad, diagnóstico diferencial, depresión.

ABSTRACT

Selective mutism was first described more than 100 years ago. It belongs to an heterogeneous group of conditions that share in common the presence of anomalies in social behavior starting during the developmental period. In DSM-5, it has been classified in the category of Anxiety Disorders. We present a clinical case of a patient that was referred to our child and adolescent Mental Health Unit due to a lack of speech in school and social contexts in spite of speaking with apparent normality in the presence of closest relatives, also accompanied by school failure. We present some of the general characteristics of the disorder: risk factors, diagnostic features according to the most important current classification systems and treatment strategies. We also describe the case, including clinical interviews, analysis of the information shared by the adoptive mother, exploration of the mental state, summary of neuropsychological explorations and school reports, and provide a final discussion.

Keywords: selective mutism, predisposing factors, clinical features, psychopathology, comorbidity, differential diagnosis, depression.

INTRODUCCIÓN

En el caso clínico que se va a presentar el punto de partida es el mutismo, sin embargo, a medida que se van sucediendo las visitas, el foco de intervención se pone en el episodio depresivo, que se hace patente detrás del mutismo.

Para contextualizar las intervenciones, es clave reseñar que es en el contexto público donde se encuadra este caso. Parece importante señalarlo para constatar que las visitas han sido más espaciadas en el tiempo de lo deseado, lo cual se ha percibido como una dificultad para el establecimiento del vínculo terapéutico y los tiempos de mejora.

Aunque están presentes conductas de desinhibición, que seguramente se refieren al trastorno del apego o del vínculo, nos vamos a centrar en el episodio depresivo que domina la psicopatología de la paciente.

Respecto al mutismo, que es el punto de partida en este caso, se realizará una breve mención para recordar el concepto, según la CIE-11 (1).

La CIE-11 (1) incluye el mutismo selectivo (6B06) dentro de los Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo, incluidos a su vez dentro de los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo (6).

Criterios para el diagnóstico de Mutismo selectivo, adaptados de la CIE-11

El mutismo selectivo presenta una selectividad sistemática en el discurso, con un niño que demuestra competencia lingüística adecuada en situaciones sociales específicas, como en casa, pero constantemente es incapaz de hablar en otras, más frecuentemente en la escuela. La alteración dura al menos un mes, no se limita al primer día de escuela, y es lo suficientemente grave como para interferir con los resultados educativos o la comunicación social. La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento ni de comodidad con la lengua hablada en la situación social concreta (por ejemplo, un idioma diferente hablado en la escuela que en casa).

El DSM-5 (2) clasifica el mutismo selectivo (313.23) dentro de los trastornos de ansiedad.

Entre los factores de riesgo del mutismo se han descrito: factores temperamentales, en concreto, la afectividad negativa (neuroticismo) o la inhibición conductual, factores ambientales y factores genéticos y fisiológicos.

Lo importante en el presente caso del mutismo, tal y como se define, es que supone el punto de partida desde el que se llega al verdadero trastorno de fondo

Respecto al tratamiento se han descrito distintas estrategias:

- La farmacoterapia en el mutismo selectivo es la propia de los trastornos de ansiedad en general (3). Entre los psicofármacos de primera línea las investigaciones apuntan a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, especialmente cuando hay depresión mayor. La fluoxetina es el psicofármaco utilizado en todas las investigaciones publicadas, salvo en una (3).
- Terapia conductual: los estudios indican que los enfoques de terapia conductual suelen ser eficaces para tratar el mutismo selectivo (3).
- Terapia cognitivo-conductual en la ansiedad infantil (3): suele ser eficaz.
- Terapia psicodinámica(3): las pruebas a favor de este tipo de terapias son limitadas.
- Tras este breve resumen del mutismo, desarrollo el caso clínico a continuación.

Como ya hemos mencionado, el mutismo es el motivo de consulta, pero no el diagnóstico. Por ello, es pertinente en este momento empezar a hablar de la dificultad en el diagnóstico diferencial, haciendo especial hincapié en el diagnóstico diferencial con el trastorno depresivo, que es el diagnóstico final en este caso. Uno de los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta en el caso de los trastornos de ansiedad (como es el mutismo) es el diagnóstico de trastorno depresivo (4). Además, entre los diagnósticos comórbidos más frecuentes de los trastornos depresivos se encuentran los trastornos de ansiedad (4). En este caso, la presencia de episodios de agresividad, sentimientos de no ser aceptada, aislamiento, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima) y pensamientos

relativos al suicidio orientan a un diagnóstico de trastorno depresivo (4).

MÉTODO

Caso clínico a propósito del mutismo en la adolescencia

Este caso ilustra algunas de las múltiples conductas que caracterizan la neurosis del niño y que corresponden a las diversas estrategias a las que el niño recurre para negociar la angustia. África presenta dos manifestaciones psicopatológicas centrales: el mutismo como manifestación visible y central en la consulta y los episodios disociativos con agresividad hacia su referente y hacia su mascota, en el domicilio.

Sujeto

Se trata de una adolescente de 13 años que es derivada a Unidad de Salud Mental Infantil y Adolescente (USMIA) a petición del colegio y de la psicóloga particular a la que acude.

Motivo de consulta

En el informe del colegio reflejaban desde diciembre de 2018 la presencia de ánimo decaído, verbalización de comentarios negativos y realización de dibujos de contenido referente a la muerte y mutilaciones, falta de atención en clase, conflictos con los compañeros y negativa a ir al colegio en algunas ocasiones.

La psicóloga también recogía en su informe ese período de semanas de duración en el que se evidenciaba un empeoramiento con sufrimiento emocional, deseos de muerte, sentimientos de culpa y episodios de disociación en los que se mostraba agresiva con su figura de apego, como expresión del miedo a la pérdida y de la necesidad de control, y no como manifestación de conductas desafiantes. Se aconsejaba valoración por parte de psiquiatría por “posible riesgo de autolisis.”

Historia personal, desarrollo y antecedentes

África es originaria de Etiopía. A la edad de 18 meses fue adoptada por su mamá española y cumplidos los 5 años comenzó a presentar conductas regresivas y a ir “pegada” a su madre siempre que estaba con ella. A los 6 años surgieron episodios de agresividad cuando estaban las dos a solas, pero nunca en presencia de otras personas en los que África pegaba a su madre y llegaba a hacerle daño físico: rompía cosas, incluso se daba golpes contra la pared. Los 6 años y los 10 años son las edades que recuerda con mayor sufrimiento. Son años marcados para ella por el predominio de la agresividad física.

La escolarización siempre fue complicada para África. La adquisición de la lectura fluida se retrasó hasta los 10 años, pues hasta entonces silabeaba. Hace unos meses, desde diciembre del 2018, tomó más fuerza la negativa a ir al colegio, donde cursa 1º ESO. Se siente muy presionada por las exigencias académicas, inundada por una gran angustia que se ha instalado en su vida. En estos meses apareció un episodio en el que estranguló a su conejo Pablito. Así lo describe en un escrito: “Le pegué, le di patadas y no sé por qué lo hice, pero lo asfixié y lo estrangulé”.

PROCEDIMIENTO

Evaluación

En la primera entrevista en USMIA, África permanecía mutista y estática en la sala de espera, esperando su turno, puntual. Al llamarla entró en consulta detrás de su madre, oculta bajo su abrigo verde militar hasta las cejas y con la capucha puesta. Se sentó y permaneció callada e inamovible casi toda la entrevista, durante dos largas horas. Su madre aportó dibujos hechos por África en blanco y negro. En uno de ellos estaba África, en postura fetal, y con un letrero enorme en el que rezaba “ayúdame”. En otro aparecía África con una soga al cuello colgada de un palo.

38 Transcurridas 2 horas de la primera visita África no había pronunciado palabra, sólo había asentido en alguna pregunta o había negado con la cabeza. No se iba, no pedía irse, no se movía, no lloraba...- aparentemente no pasaba nada-. Acurrucada en sus piernas y sin mostrar su rostro, contestaba a algunas de las preguntas de la psiquiatra susurrando a su madre: hablaba a través de ella. La psiquiatra había permanecido con ella a solas, con ella acompañada de su madre, se había sentado a su lado, le había pedido, explicado, y nada.

Ante la dificultad para valorar el riesgo suicida había sopesado la posibilidad del ingreso. La mamá consideraba que coqueteaba con la muerte, pero no pensaba que fuera a hacerse daño.

Y ya cuando parecía imposible que la entrevista pudiera mejorar, salió la mamá hacia la consulta del administrativo para solucionar un papeleo y África, de nuevo a solas con la psiquiatra, susurró dirigiéndose

hacia ella: “Ayúdame”. Y así fue como África pidió ayuda. No quería ir al colegio, no quería estar con su madre y quería un peluche que había visto para cuidar el alma de Pablito.

En las visitas posteriores se fue alternando la conversación poco fluida con el mutismo y el ocultamiento bajo su abrigo. El intercambio de información sólo era posible en algunas ocasiones mediante dibujos, escritura o representaciones con los muñecos del juego de la familia que le gustaba con preferencia. El resto de juegos presentes en la consulta no le interesaban. Mediante dibujos contaba que la mayor parte del tiempo se sentía triste, que se sentía contenta en consulta y que a veces estaba enfadada. Lo que más triste le ponía era ir al colegio. Consideraba que los profesores “dicen mucho pero no hacen nada” y aunque pensaba que tenía amigas no se sentía bien en colegio. Lo achacaba a los libros y a los niños, algo que me expresó dibujando (Ver figura 1).

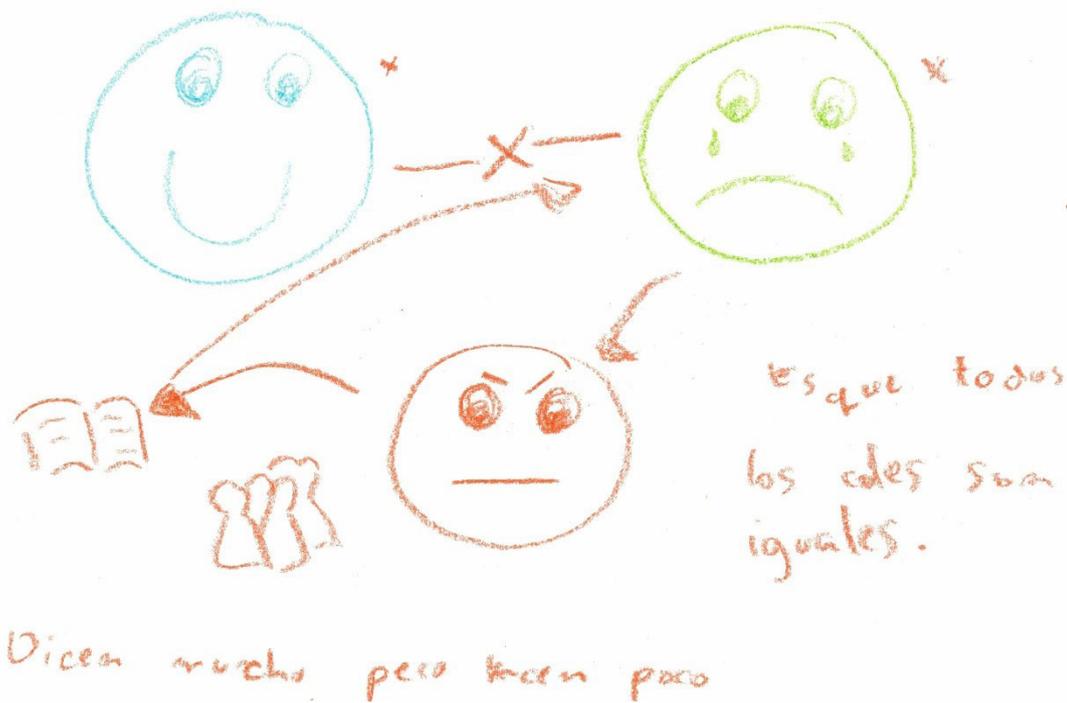


Figura 1: Un libro y tres figuras de niños.

La mamá relató episodios que ocurrían durante las clases y que África le había contado. Durante clases enteras, “desconectaba” de la situación y cuando acababa la clase era consciente de que no se había enterado de nada, no sabía decir en qué había estado pensando ni era consciente de que hubiera pasado tanto tiempo.

La psiquiatra advirtió el beneficio secundario de la consulta en aquella ocasión. Ir a la consulta se estaba convirtiendo en una excusa para no volver al colegio, era la tercera vez que le pedía que la ayudara diciéndole a su madre que no quería volver a clase después de la consulta. Despertó de su mutismo cuando su madre contó que cambiaría de colegio al cole al que iba una antigua amiga y excompañera de colegio. Sonrió y preguntó si iba a ir al cole de Marta. Estaba totalmente conectada con todo lo que había ocurrido en consulta y se puso de manifiesto en sus preguntas sobre su nuevo colegio, el miedo al fracaso académico y a que los compañeros y profesores pensarán que no era capaz de conseguir los objetivos escolares.

Cuando la madre explicó que había hablado con el colegio en el que pensaba que África se sentiría mejor y que tendría más apoyo en sus dificultades, ella “despertó”. Estaba contenta, ilusionada, sonriente con la idea de ir al cole de su amiga. No era tanto cambiar como ir al colegio de su amiga lo que la alegraba. Sin embargo, duró poco y cuando la mamá empezó a utilizar términos como “aula de apoyo”, “necesidades especiales”, se abrazó de nuevo a ella y se cubrió la cabeza con el pañuelo de cuello de su madre mordisqueándolo hasta romperlo.

Había estado escribiendo un escrito en casa en el que explicaba cómo se sentía al enfrentarse a un examen. La madre destacaba dotes literarias. Sin embargo, África no quiso enseñárselo a la psiquiatra ni que aquella se lo enseñara, dando la impresión de sentir vergüenza y una gran ansiedad ante la idea de que la psiquiatra lo leyera.

En la actualidad, aunque la progresión es lenta, África se comunica en cada sesión mediante dibujos y gestos, pero también con palabras. El discurso está muy lejos de ser fluido pero el mutismo no es absoluto e incluso, en ocasiones, se expresa de forma espontánea.

Cuando entra su madre adoptiva se funde con ella y ésta se convierte en su voz y en una extensión de su cuerpo. Ya sólo se comunica a través de ella.

La madre tiene la impresión de que África ha mejorado clínicamente tras el inicio del tratamiento psicofarmacológico, los episodios en los que se muestra agresiva han disminuido en frecuencia, intensidad y duración, el funcionamiento académico ha empezado a mejorar y permanece más tiempo animada. La psicóloga que la trata desde hace años a nivel particular, sin embargo, no había objetivado mejoría con el tratamiento, ni siquiera con el ajuste al alza de risperidona.

En fechas recientes la madre ha ido sin cita a consulta para mostrar a la psiquiatra un dibujo que había hecho África una semana antes. Aparece una mujer africana con un niño en el vientre y ella misma en brazos cuando era un bebé.

A los 10 años de edad, África vio una foto de su madre con su hermano en brazos. África preguntó por qué a él no le había abandonado y ya no hizo ningún otro comentario. La foto quedó guardada en el ordenador. Hace un año la imprimió y la colgó en su habitación. Hace una semana es cuando hizo el dibujo.

En alguna ocasión África ha comentado a la mamá adoptiva que cree que su padre biológico violó a su mamá biológica y por eso la abandonó.

En el colegio África cuenta con apoyos de una sesión semanal de Pedagogía Terapéutica y adaptación curricular en inglés, matemáticas y castellano.

El último informe de la segunda evaluación del presente curso indica que África demuestra interés por mejorar y ganas de aprender y trabaja en las actividades de forma adecuada, siguiendo las pautas de trabajo propuestas. No obstante, se refleja mayor dispersión que en el trimestre anterior.

Informes de adaptación de la segunda evaluación del 2019: Se recoge que cuando llegaron los exámenes cambió su actitud manifestando miedo, incluso no hizo algunos de ellos. Sin embargo, describen mejoría durante la segunda evaluación en cuanto a hablar en público. Añado un comentario textual que aparece en el informe: “África es muy inteligente, y esa inteligencia está jugando en nuestra contra a causa de

su estado depresivo. Le permite encontrar argumentos que justifiquen su desconexión con todo lo que la rodea y le pueda suponer algún esfuerzo.” Además, se explica que cuando intentan hablar con África del tema académico permanece mutista.

Su CI total evaluado con la Wechsler Intelligence Scale for Children IV (WISC-IV) la sitúa por encima de la media, con una puntuación de 121. Los resultados obtenidos en las pruebas de África no explican los problemas para el aprendizaje. Tampoco debería tenerlo para integrar normas de conducta y llevarlas a la práctica; sin embargo, este hecho no se produce.

Exploración psicopatológica

Durante todas las entrevistas África se muestra abordable permaneciendo en las consultas el tiempo pertinente sin intentos de dar por terminada la consulta. Aunque inicialmente la colaboración parecía escasa sí acudía a todas las consultas e iba permitiendo que se realizaran las intervenciones. Han predominado un estado de inhibición, ansiedad elevada y un mutismo en las primeras entrevistas que progresivamente han ido cediendo facilitando la comunicación y por tanto la intervención. Presenta un estado de ánimo deprimido que junto al nivel alto de ansiedad flotante interfieren significativamente en su funcionamiento global. La intrusión de sentimientos de una insoportable frustración y de impotencia encuentran su salida en explosiones de agresividad hacia su figura de referencia (la mamá adoptiva) y en una ocasión hacia su conejito Pablito al que tanto quería. Estos episodios de descontrol emocional y conductual van seguidos de un profundo arrepentimiento y de vergüenza. Las ideas de suicidio han aparecido en su evolución como una salida a su desesperación, pero manifiesta sueños para el futuro y un amor y apego a muchos aspectos de la vida. Por otro lado, su capacidad para la introspección y su resiliencia dan luz a la perspectiva.

Por último, se incluyen las aportaciones que se han podido recoger de su trayectoria en la psicóloga en el circuito privado, tanto a través de conversación telefónica como a través del informe aportado por la madre. El informe del que se dispone es del 8 de

febrero del 2019 y la conversación telefónica es de dos meses después aproximadamente:

El seguimiento se inició en mayo del 2017. Destaca en África un desarrollo cognitivo y moral por encima de su edad que no se corresponde con su nivel de desarrollo socioafectivo. La presenta como una niña tímida, inhibida en sus relaciones con sus iguales y con dificultades para la socialización y la asertividad. Destaca la hipersensibilidad a la crítica y su tendencia a sentirse evaluada de forma constante, lo que le limita para la realización de exámenes. Se considera a sí misma incapaz de conseguir los objetivos académicos marcados, a pesar de los avances que ha presentado respecto al curso anterior. Se evidencia una baja autoestima a consecuencia de la fobia social. Gran dificultad para hablar sobre sus emociones, sobre todo en lo referente a su adopción. Miedo terrible al rechazo, característico de muchos niños y niñas adoptados/as que desarrollan una gran desconfianza hacia los otros.

África es consciente de sus cualidades, pero las muestra únicamente en situaciones percibidas como seguras. Si se siente evaluada, calma su miedo mediante la evitación y contención de su forma de pensar.

La relación con su madre es ambivalente. Por un lado, es su referente y por otro mantiene conductas de dependencia emocional.

Las conductas regresivas se mantienen y en los períodos de mayor estrés se intensifican llegando a alcanzar estados de disociación en los que aparece la intimidación y la conducta violenta como forma de control, no con intención de dañar.

Las mejoras identificadas a lo largo del tratamiento psicofarmacológico han sido intermitentes. El establecimiento del vínculo terapéutico ha sido posible y África ha sido capaz de profundizar y trabajar en muchos aspectos de su sufrimiento. Sin embargo, en relación a su propio proceso evolutivo y a distintos factores de estrés, sobretudo en el ámbito académico, se han evidenciado episodios de reagudización de la clínica depresiva con manifestaciones afectivas y conductuales, siendo el momento de derivación para valoración psiquiátrica el período en el que más riesgo se objetivó con la presencia de ideación autolítica.

Orientación diagnóstico-terapéutica

Inicialmente se presentó como un caso de mutismo y la orientación diagnóstica y terapéutica inicial se enfocó en ese sentido.

A medida que se sucedieron las entrevistas y se encontró la forma de comunicación se fue evidenciando más clínica.

África presentaba un rasgo de temperamento que a menudo se observa en el mutismo selectivo: la inhibición conductual, caracterizada por timidez, retraimiento y miedo a lo desconocido (5).

Se fue evidenciando un estado de ánimo deprimido, así como un nivel muy marcado de ansiedad. Las investigaciones realizadas han encontrado comorbilidad del mutismo selectivo con trastorno de ansiedad social en alrededor de un 90% de los casos (5). El mayor estudio hasta la fecha en niños con MS (n=130) encontró que la ansiedad social era la característica asociada más prominente (5).

No se objetivaron sin embargo rasgos negativistas. Ha habido controversia respecto a la comprensión de la conducta negativista que se observa en los niños con mutismo selectivo. Los niños con mutismo selectivo han sido descritos como controladores, obstinados y negativistas, lo que a menudo implica un problema primario en la dinámica familiar. Por lo tanto, el cambio en el DSM-5, donde el mutismo selectivo es entendido como un trastorno de ansiedad, más que una manifestación de comportamiento oposicionista, es significativo (5).

Intervención

El tratamiento que lleva pautado en la actualidad es fluoxetina 10mg/día y risperidona 3mg/día.

Respecto a la fluoxetina, inicialmente se consideró por ser el fármaco más estudiado en el mutismo. Existen dos ensayos de ciego pequeños, uno para la fluoxetina, y otro para la sertralina (5). En este punto de la evolución de África se consideró que sería beneficioso complementar la terapia psicológica que estaba recibiendo con terapia farmacológica dado que la interferencia del estado psicopatológico se reflejaba a nivel académico, social y familiar de forma marcada. No obstante, en las sucesivas entrevistas se evidenció

el estado de ánimo deprimido que también se podría beneficiar del tratamiento con fluoxetina.

La risperidona se inició con el objetivo de controlar la conducta y el nivel de ansiedad. Se ha ido ajustando la dosis en función por un lado de la evolución de los episodios de heteroagresividad y, por otro lado, de acuerdo a la somnolencia que le provocaba como secundarismo. De nuevo, la risperidona es el antipsicótico más estudiado en la población infanto-juvenil (5).

DISCUSIÓN

Este caso que empieza como un caso de mutismo en la evolución se pone de manifiesto que se trata de un episodio depresivo.

En primer lugar, es interesante hablar de la sintomatología que presenta África entre los 6 y los 10 años de edad. La madre describe esa época como la de mayor sufrimiento en la que predominaba la agresividad física hacia su madre y hacia objetos. Este período coincide con el inicio y casi el fin de la latencia que parece haber sido fallida en este caso. Se recoge así clínica compatible con un trastorno del apego que se habría manifestado durante la edad de la latencia y que se habría derivado del período previo de adopción.

Además del trastorno de apego que se manifiesta más durante la edad de latencia, se ha complicado en la adolescencia con un episodio depresivo de intensidad moderada a grave. En África el mutismo se presenta como un elemento propio de la sintomatología depresiva que no debe despistarnos de la detección de cuadros afectivos, en especial cuando el síntoma es tan prominente que no permite la exploración psicopatológica de la sintomatología subyacente.

Para poder entender mejor la evolución de África es importante recordar que el poder desorganizador de la vivencia de la adopción a los 18 meses de edad, por acontecer en un momento de la vida en el que el aparato mental del bebé no la puede asimilar, conforma experiencias que quedan registradas en el área de lo sensorial sin posibilidad de mentalización (6). Los recursos de los que dispone un niño adoptado para elaborar su identidad son deficitarios y no logran cumplir su función de autorregulación y de elaboración

de pérdida. Es esta fragilidad de la estructura psíquica del niño adoptado la que propiciará la aparición de patología psiquiátrica que en el caso de África se ha manifestado como un cuadro depresivo, propio, por otra parte, de los casos mejor organizados.

Otro aspecto a tener en cuenta es el hecho de que se trata de una familia monoparental en la que la ausencia de la referencia al otro, al tercero, ejerce un efecto desfavorable en la estructuración intensas en relación con el conflicto edípico (6).

No podemos dejar de mencionar el esfuerzo sobreañadido que tiene que llevar a cabo África por su pertenencia a una raza no caucásica y haber sido adoptada en nuestro medio. Tiene que elaborar su identidad a partir de unos rasgos físicos claramente diferentes que hablan de la no pertenencia al grupo, tanto el de los iguales como el de los padres con los que convive.

Es conveniente también recoger la disparidad de criterio entre la psicóloga y la madre en cuanto a la mejoría con el tratamiento psicofarmacológico. Con el inicio de la fluoxetina y la risperidona, la madre observó mejoría a nivel conductual con menos episodios de descontrol conductual y menor intensidad y duración de los mismos y también mejoría anímica que se presentó en forma de más momentos en los que sonreía, aumento de la comunicación y fluidez en casa y remisión de la ideación autolítica. En la consulta mejoró significativamente la comunicación en sus diversas formas, mediante palabras, dibujos, gestos y escritura, disminuyeron también de forma significativa los momentos en los que ocultaba su rostro y cada vez costaba menos que empezara a fluir la consulta en cada sesión.

La psicóloga que la trata desde hace años, sin embargo, no evidenció mejoría, al menos en el momento en que se ha escrito este caso, en el sentido de que no se ha conseguido una mejoría en la autoestima, ni en su estilo cognitivo rumiativo ni en las habilidades sociales.

CONCLUSIONES

Las deficiencias en la estructuración del psiquismo en los niños adoptados, así como los duelos no resueltos y el miedo a un nuevo abandono colocan a estos

niños en una posición de desventaja para afrontar las exigencias del desarrollo. El trabajo de la adolescencia implica la separación de las figuras de apego. Para ello necesita recurrir a sus recursos personales. Si hasta ese momento el niño se ha mostrado inseguro y desorganizado, en la adolescencia este malestar se va a intensificar precipitando cuadros clínicos como el episodio depresivo que atraviesa África.

Lo habitual es que la demanda se centre en hacer algo “con el niño”. Se considera que, tanto una psicoterapia individual como un trabajo parental son elementos necesarios. La prevención es la mejor herramienta para evitar la aparición de patología.

CONFLICTO DE INTERÉSES

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11); 2018.
2. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5th ed. Madrid: Editorial médica panamericana; 2014.
3. M. Wiener J KDM. Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia Barcelona: Elsevier Masson S.A.; 2006.
4. Igualdad MdSSSe. Guía de Práctica Clínica sobre la depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Guías de prácticas clínicas en el SNS. 2018..
5. Oerbeck B MKOKKH. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente ed la IACAPAP Ginebra; 2018.
6. Dualde Beltrán F. Adopción, preevaluación y psicopatología. Cuando los duelos se encuentran. Rev. psicopatol. salud ment. niño adolesc. 2015; 26: 95–104.
7. Ajuriaguerra J. Manual de Psiquiatría Infantil. 4th ed. Barcelona: Toray-Masson; 1977.
8. Alonso C. Abordaje terapéutico con familias adoptantes. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2010;(49): 5–26.

9. Avellón Calvo M. Vínculos, identidad y desarrollo psíquico. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2015;(59): 25–30.
10. Caballo VE, Simón MA. Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente Madrid: Piramide; 2013.
11. Caballo VE, Simón MA. Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescentes. Trastornos específicos Madrid: Piramide; 2007.
12. Grau E, Mora, R.. Post-adopción. La importancia del entorno terapéutico. Informació Psicològica. 2010;(98): 4–11. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3084
13. Montserrat A, Muñoz MT. El abordaje terapéutico con familias adoptantes: nuevas formas de parentalidad. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2010; (50): 5–22. <https://www.seypyna.com/documentos/articulos/abordaje-terapeutico-familias-adoptantes2.pdf>
14. Ortiz P DMEE. La entrevista en salud mental infanto-juvenil (III): la valoración psicopatológica y estructural del niño. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015;17(65): p. e69–e82. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322015000100018>
15. Racker H. A contribution to the Problem of Counter Transference. Int. J. Psycho-Anal.. 1953;(34): 313–324. <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000846&a=Una-contribucion-al-problema-de-la-contratransferencia-Racker-H>
16. Sims A. Síntomas mentales. Introducción a la psicopatología descriptiva Mental FEdPyS, editor.: Triacastela.; 2008.
17. Vallejo J. Introducción A La Psicopatología Y La Psiquiatría. 8th ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2015.
18. Mirabent V, Ricart E. Adopción y vínculo familiar: Crianza, escolaridad y adolescencia en la adopción internacional: Herder; 2012.