



### 14 URGENCIAS PAIDOPSIQUIÁTRICAS

O. Herreros Rodríguez<sup>1</sup>. JR Gutiérrez Casares<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Psiquiatra. Hospital Universitario de Canarias. <sup>2</sup> Psiquiatra. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

**Introducción.** La consideración de “urgencia” depende tanto de la gravedad e inmediatez del daño potencial para el paciente y su familia (y para el bienestar de ambos) como de los recursos clínicos y comunitarios accesibles para éstos. Situaciones tales como crisis de agresividad, episodios psicóticos agudos, estados de ansiedad extremos, intentos de suicidio, intoxicaciones (etílicas, por drogas), etc., pueden requerir una intervención psiquiátrica inmediata, preferiblemente en un entorno que permita disponer de otros recursos médicos (no sólo psiquiátricos) de diagnóstico y tratamiento. Pero otras veces, la disponibilidad de recursos de atención urgente atrae a casos crónicos o menos graves, en un reflejo de la ausencia de recursos comunitarios de salud mental y/o de la incapacidad de la familia para acceder a los recursos clínicos y sociales disponibles que pudieran haber prevenido la crisis o permitido su manejo en un ambiente más favorable. Aunque es evidente que estos casos pueden requerir una intervención más o menos inmediata, la necesidad de una atención urgente es relativa. Tal necesidad muchas veces viene determinada por una incapacidad para manejar o comprender ciertos sentimientos, pensamientos o conductas de un niño en su ambiente, generándose una demanda de atención urgente que pretende paliar dicha incapacidad o la ausencia de otros recursos más adecuados a las necesidades del caso. Así, esta precariedad puede llevar al mal uso de los recursos psiquiátricos hospitalarios y de urgencias como medio para sustituir otros tales como centros de tratamiento residencial, centros de acogida inmediata, centros de detención, etc. (Halamandaris y Anderson, 1999).

Las urgencias psiquiátricas en la infancia, antes consideradas muy poco comunes o inexistentes, han ido aumentando progresivamente en los últimos años, a costa sobre todo de trastornos afectivos y de trastornos del comportamiento. Las causas de este cambio aún son poco claras, aunque se especula con cuestiones como el aumento de las familias monoparentales y las dificultades económicas (Achenbach y Howell, 1993). Por otro lado, la escasez de servicios adecuados en salud mental específicamente infanto-juveniles puede en parte estar determinando este aumento de las demandas urgentes, al ser poco eficaces las intervenciones disponibles.

#### Evaluación urgente en Psiquiatría Infanto-Juvenil

Las urgencias psiquiátricas se caracterizan por la intensidad de los síntomas presentes, la sensación de peligro inminente (para el paciente o para terceros) y la existencia de un conflicto entre las partes implicadas. Sin embargo, casi nunca son el resultado de procesos repentinos. Aunque ocasionalmente un niño o un adolescente previamente sano pudiera presentar una descompensación psiquiátrica ante ciertos sucesos traumáticos, o incluso debido a patologías somáticas de base, por lo general los síntomas motivo de remisión urgente suelen estar precedidos de una historia más o menos larga de problemas conductuales y/o emocionales. Así, una cuestión clave en la evaluación es: “¿porqué ahora?”

El niño es un ser altamente dependiente de su entorno (familia, colegio, comunidad), por lo que cualquier efecto adverso en estas áreas puede precipitar la crisis. Desde cierta perspectiva, muchas urgencias psiquiátricas infanto-juveniles representan un desajuste entre las necesidades y los recursos disponibles (Allen, 1999), y el objetivo de la intervención sería determinar la naturaleza y las causas de tal desajuste e identificar las necesidades pertinentes (tratamiento ambulatorio, intervención farmacológica, apoyo familiar, etc.) a fin de restablecer el ajuste.

#### *Inicio y objetivos de la valoración psiquiátrica infanto-juvenil urgente*

Los objetivos básicos de la evaluación urgente deben ser (Thomas y King, 2003):

1. Obtener el motivo de remisión desde el punto de vista de todos y cada uno de los informadores disponibles.
2. Establecer una suerte de alianza terapéutica, en lo posible, tanto con el paciente como con el resto de los “afectados” (familia, cuidadores principales,...).
3. Obtener una historia del desarrollo del paciente orientada al motivo de demanda urgente, contemplando su nivel de funcionamiento previo y con particular atención a los potenciales desencadenantes de la crisis actual.
4. Realizar una evaluación psicopatológica con especial atención a la posible ideación suicida y/o heteroagresiva, ansiedad extrema, delirios, alucinaciones, trastornos del curso del pensamiento, y síntomas de confusión, desorientación o delirium.
5. Establecer el grado de riesgo potencial para el paciente y para terceros.
6. Plantear una formulación diagnóstica que incluya el diagnóstico diferencial y los posibles agentes precipitantes de la crisis actual.



7. Plantear una formulación terapéutica centrada en la crisis, y la forma de llevarla a la práctica.

No obstante, ante cualquier evaluación urgente, y antes de iniciar al proceso clínico propiamente dicho, el clínico debe valorar de forma inmediata la presencia de (Dulcan et al., 2003):

- Enfermedad somática y/o efectos secundarios de medicamentos.
- Traumatismo cráneo-encefálico.
- Intoxicación (accidental o intencionada).
- Sobredosis y abstinencia de alcohol u otras drogas.
- Necesidad (o posibilidad) de sujeción física.
- Paciente portador de armas o de sustancias (tóxicos, drogas, fármacos,...).

#### *Cuestiones generales*

Muchos servicios psiquiátricos, excesivamente sobrecargados de trabajo clínico, circunscriben la evaluación a dos cuestiones básicas:

1. ¿Hay riesgo de auto/heteroagresividad?
2. ¿Es precisa una hospitalización para llevar a cabo el tratamiento?

Este modelo, aunque contempla dos cuestiones clave en la evaluación, acota en exceso la valoración, dificulta la comprensión de la situación clínica, y hace poco útil la evaluación para la progresión del paciente. No obstante, debe recordarse que la evaluación urgente se realiza en condiciones por lo general adversas (desconocimiento del paciente y su familia, disponibilidad limitada de informadores, gravedad sintomática, peligrosidad del paciente o de la situación, presión asistencial, tiempo restringido, interrupciones frecuentes y a menudo extemporáneas, personal auxiliar poco experimentado e incluso hostil, infraestructura inadecuada, carencia de recursos terapéuticos), y exige una toma de decisiones clínicas y terapéuticas casi inmediata partiendo de escasa información disponible (y no siempre objetiva), por lo que no se le puede exigir más que una eficacia limitada y centrada en la crisis.

La atención médica en Urgencias tiende a convertirse en el recurso habitual ante la ausencia de una atención ambulatoria suficiente y/o adecuada, considerándola el paciente o sus cuidadores un recurso de 24 horas donde cabe todo y todo debe atenderse y solucionarse sin importar tiempo u hora. Frente a esto, la urgencia debe ser un tiempo clínico concreto y ágil (que no precipitado ni incompleto), donde el clínico debe obtener y manejar los datos relevantes de forma eficaz, evitando informaciones innecesarias. Desde el primer momento, el clínico

experimentado debe tratar de dirigir la intervención hacia el síntoma relevante para formular hipótesis etiológicas, diagnósticas y terapéuticas abiertas pero útiles para el futuro del paciente. Así, el objetivo final de la atención urgente deberá ser la resolución de la crisis actual, de sus causas y de los factores, habilidades y competencias que servirán para restablecer la situación.

Una cuestión clave, y pocas veces mencionada, es lo intempestivo de las horas en que surge la demanda asistencial. Ello complica aún más la disponibilidad de informadores alternativos, limita las opciones terapéuticas, dificulta el contacto y la coordinación con el terapeuta habitual y, por supuesto, merma la capacidad del clínico al frente de la urgencia.

#### *Lugar de trabajo*

Es clave realizar la valoración en una zona tranquila, con pocas distracciones ambientales y sin enfermos somáticos a la vista (por lo que de distracción supone). Debe estar libre de objetos e instrumental médico peligroso o delicado (punzantes, salidas de oxígeno u otros gases), así como de muebles inestables o entorpecedores que impidan en un momento dado la contención del paciente o la salida del médico. Además, el área debe estar lo suficientemente aislada como para que el paciente no colaborador no moleste al resto de los pacientes de urgencias y viceversa, pero no tanto como para estar fuera del alcance del resto del personal en caso de una situación de riesgo (agitación, amenazas físicas, cuadro orgánico grave previamente no evaluado, etc.).

#### *Informadores*

Como ya se ha dicho, la clave para el clínico es identificar por qué ha llegado ese niño a requerir una evaluación urgente y por qué en este momento concreto. La decisión de acudir a Urgencias por lo general proviene de un adulto, que suele ser el informador principal en ese momento. El clínico deberá recabar información, en un tiempo escaso y en condiciones adversas, de cuantas fuentes pueda, información a veces contradictoria que tendrá que reconciliar o rechazar. En caso de que el paciente sea llevado a Urgencias por terceras personas no relacionadas (p. ej., policía) y que no van a permanecer con él, es esencial hablar con ellos antes de que abandonen Urgencias para conocer todos los detalles posibles sobre las circunstancias del caso, así como posibles contactos con familia o cuidadores del niño.

Los motivos de demanda de atención urgente suelen ser descritos de forma muy diferente por los distintos



**16** adultos responsables (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997). Estas discrepancias complican la valoración, pero pueden también aportar mucha información sobre el ambiente en que se desarrolla la vida del paciente y sobre las causas de la crisis. A veces, los síntomas del paciente dependen de las situaciones en que se mueve, apareciendo o no según el contexto. Los padres tienden a reconocer con mucha rapidez las dificultades conductuales de sus hijos, pero minimizan o no hablan de sus propias dificultades, sobre todo cuando se trata de discordias maritales (separación, malos tratos,...), que pueden estar determinando la aparición de la crisis. Junto con esto, el niño tiende a mostrarse defensivo, retraído, avergonzado o temeroso de castigo, por lo que puede divagar o minimizar los problemas, o tratar de ocultar algún problema familiar (enfermedades mentales, malos tratos, consumos de alcohol u otras drogas, abusos,...). En este último caso la valoración es extremadamente difícil, y a menudo inútil.

### *Valoración de riesgos*

La evaluación urgente de riesgos potenciales es una tarea en extremo importante y difícil. La historia previa del paciente, la información aportada por terceros y la exploración psicopatológica son claves en este punto, proporcionando gran parte de los datos necesarios para determinar las causas de la crisis motivo de demanda urgente y para formular un juicio clínico diagnóstico. La cuestión crucial entonces es decidir si el paciente está preparado para regresar a su medio y a su vida normal o si, por el contrario, precisará medidas terapéuticas ulteriores más intensivas y/o restrictivas, tales como su ingreso hospitalario o permanecer en observación en Urgencias. Esta decisión depende, en gran medida, del riesgo que pueda suponer el paciente para sí mismo o para los demás.

Hay casos, como una intoxicación medicamentosa con fines suicidas de resultados graves, un episodio psicótico agudo florido, un delirium orgánico, una agitación persistente, etc., que son claros y fáciles. Pero, por lo general, las manifestaciones suelen ser más ambiguas. En tales casos, el ambiente familiar del paciente y su capacidad de contención y protección, y el resultado de intentos de tratamiento ambulatorio previos, son datos orientadores muy útiles para decidir la eventual necesidad de realizar un ingreso hospitalario. Además, la presencia de signos como la impulsividad, el pobre "insight" del paciente, las conductas de riesgo en escalada (conducción temeraria, promiscuidad sexual, peleas, consumo de

drogas) o la autoagresividad, aún sin intencionalidad suicida franca, son datos también a tener en cuenta.

Muchos niños pueden ser agresivos o violentos en un ambiente, por ejemplo el colegio, y no presentar tales manifestaciones en otros (como su casa, o la consulta médica). Por ello, el valor predictivo de la evaluación del comportamiento en Urgencias es pobre. Del mismo modo, una actitud agresiva u hostil durante la crisis no tiene porqué determinar la necesidad de una hospitalización si el ambiente en que se produjo puede ser modificado adecuadamente (Reid, 1988).

Por último, debe tenerse en cuenta que muchas veces la hospitalización se complica por factores externos, como la disponibilidad de cama, la adecuación de los medios y de los recursos disponibles, etc. Frente a esto, hay que recordar no confundir las necesidades del enfermo con consideraciones prácticas que pueden alterar de forma espuria el resultado del juicio clínico.

### *Entrevista con el paciente y evaluación psicopatológica*

Frente a la evaluación estándar, que puede desarrollarse durante horas en varias sesiones, la evaluación urgente exige ser completada a lo largo de una sola sesión (fraccionada o no) y en un tiempo limitado. Debe además realizarse en condiciones adversas, y con un niño muchas veces atemorizado o a la defensiva, o asustado por encontrarse en un hospital. Obtener la cooperación del paciente en estas circunstancias puede ser en extremo difícil, tanto más cuanto que el alto nivel de emoción expresada que suele provocar la crisis y la coerción muchas veces presente para llevarlo a Urgencias favorecen el oposicionismo del niño. Así, solemos estar ante un paciente enfadado, hostil, mutista o incluso francamente agresivo. A veces puede vencerse esta actitud invocando al desconocimiento del paciente y de los hechos, lo que puede convertirnos en oyentes más comprensivos y objetivos con él (el paciente).

La evaluación psicopatológica del paciente (tabla 1, historia clínica en Urgencias) es, evidentemente, el centro de la exploración (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997). Dentro de ella, debe hacerse especial hincapié en:

- nivel cognitivo (intelectual);
- capacidad de juicio y de introspección;
- desorientación, confusión, alteraciones o fluctuaciones del nivel de conciencia;
- ataxia, apraxia, habla incomprensible;
- trastornos de la memoria;
- discurso incoherente u otros trastornos del mismo;



- alteraciones en el estado de ánimo (bien por defecto, bien por exceso);
- labilidad emocional;
- delirios y/o alucinaciones;
- integridad física del paciente y de terceros, valorada por:
  - impulsividad;
  - presencia de ideación suicida;
  - ideación o amenazas de heteroagresividad;
  - antecedentes de agresividad;
  - tendencia a la agresividad o a la agitación o irritabilidad durante la entrevista.

**Tabla 1.- Historia clínica en Urgencias  
(modificada de Dulcan et al., 2003)**

Datos demográficos	Edad, lugar de residencia, escolarización y nivel académico, nivel socio-económico, cuidadores
Historia médica del paciente	
Historia psiquiátrica familiar	
Anamnesis abreviada	
Motivo de la urgencia	Quién la demanda, cómo, porqué, qué pasó, reacción del paciente y del entorno
Intentos de suicidio previos	Cuántos, cuando, métodos empleados
Historia del episodio actual	Desarrollo de los síntomas, intervenciones realizadas
Historia de alteraciones emocionales y/o comportamentales	Depresión, intentos suicidas, agresiones, trastornos de comportamiento, consumo de alcohol y de drogas, psicosis
Funcionamiento familiar, escolar y social	
Situación familiar	Residencia, familiares implicados, capacidad del adulto (estabilidad, competencia, relación con el paciente, actitud hacia él)
Estresores en el paciente y en la familia	

### **Evaluación del paciente agresivo y/o no colaborador Consideraciones especiales**

Los episodios de agresividad y/o oposiciónismo son causa frecuente de visitas a Urgencias, a veces incluso en situación de sujeción física o acompañados por la policía. Estos pacientes pueden persistir agitados, agresivos o no colaboradores en Urgencias, lo que dificulta su evaluación y desborda al personal a cargo, sobre todo si es poco

experimentado. Probablemente, este tipo de crisis son las más complejas dentro del campo de la Psiquiatría. El clínico debe mantenerse calmado y realizar una aproximación física cautelosa al paciente, teniendo en mente dos objetivos: realizar la valoración del paciente y, a la vez, promover su capacidad de autocontrol.

### *Diagnóstico diferencial*

La agresividad surge de la interacción de temperamento, ambiente, factores sociales y psicológicos, psicopatología, procesos neurobiológicos,... Un factor clave es el mal control de los impulsos. La impulsividad es un síntoma común en el Trastorno Hiperactivo, la manía, los trastornos de conducta, los cuadros psicóticos, los déficits cognitivos y retrasos madurativos (retraso mental, autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo), etc. La crianza en situaciones desestructuradas o violentas suelen generar niños con dificultades de adaptación, agresivos y tendentes a la violencia en situaciones de estrés y desajuste. El consumo de tóxicos, más frecuente en la adolescencia, puede actuar como desencadenante de la agresividad al provocar irritabilidad, disminución del nivel de conciencia y la capacidad de juicio, desinhibición, etc.

Es importante tener en cuenta que muchos procesos somáticos son susceptibles de determinar la aparición de conductas violentas, desorganizadas o imprevisibles: estados tóxicos metabólicos, intoxicaciones, iatrogenias farmacológicas, encefalopatías, estados poscríticos, lesiones cerebrales frontales, epilepsia del lóbulo temporal, etc. Por ello, es imprescindible llevar a cabo una cuidadosa historia y valoración somáticas, incluyendo tratamientos farmacológicos y consumos de tóxicos (King y Lewis, 1994).

Por último, y no menos importante, debe recordarse que el propio ambiente caótico, cerrado y a veces incluso hostil de la zona de Urgencias puede precipitar episodios de este tipo en pacientes más sensibles a ellos.

### *Valoración*

Debe incluir la historia de episodios similares en el pasado, así como la historia médica, psiquiátrica, familiar y social del paciente y la historia detallada de la crisis actual (factores precipitantes, detalles del propio episodio, daños causados,...). Es importante disponer de la versión del paciente y de cuantos informadores sea posible, recabar la descripción del ambiente en que se produjo y conocer la respuesta de los terceros implicados.

Dentro de la valoración, es clave conocer, por sus



- 18 implicaciones diagnósticas y terapéuticas (Reid, 1988):
- el grado de premeditación y planificación o de impulsividad;
  - el estado de ánimo surgido en el paciente tras el episodio;
  - la consistencia con líneas de conducta previas;
  - la desproporción del episodio y el uso de armas potenciales o reales;
  - la posible percepción por el paciente de actuación defensiva;
  - el nivel de conciencia y capacidad de juicio;
  - la existencia de ideación delirante y alucinaciones;
  - posibles autolesiones;
  - la capacidad del paciente para recordar detalles del episodio, comprender sus consecuencias, aceptar la responsabilidad y expresar remordimientos.

### *Manejo del paciente*

En la evaluación del paciente potencialmente violento la primera consideración ha de ser la seguridad: la del paciente, la de terceras personas, y, por supuesto, la del clínico. El paciente debe estar bajo control conductual antes de cualquier tipo de aproximación, y debe buscarse un ambiente de seguridad mediante un acercamiento respetuoso y educado al mismo, manteniendo una atmósfera de calma y evitando respuestas irritantes o agresivas, así como una interacción hostil. El clínico nunca debería de quedarse solo con el paciente, o al menos no sin la posibilidad cierta de disponer de ayuda física inmediata si fuera precisa. Debe situarse entre el paciente y la puerta, aunque permitiendo una posible salida de éste sin obstáculo. Debe, finalmente, estar atento y hacer caso a sus propios sentimientos de incomodidad, miedo o ansiedad, pues son importantes y precisas señales de alarma ante una posible agresión o la necesidad de ayuda.

El área en la que se encuentra el paciente no debe tener objetos o equipos médicos potencialmente peligrosos, y debe permitir cierto grado de intimidad y tranquilidad. Sin embargo, es necesario que pueda haber supervisión visual externa y un acceso fácil para el caso de que se requiera la intervención física, para lo cual habrá establecido un código o un sistema de alarma. Por último, el espacio físico ha de poder adaptarse a las condiciones requeridas para practicar la sujeción física del paciente, para lo cual deberá haber disponibles en la proximidad los elementos necesarios.

### *Intervenciones conductuales*

La comunicación clara con el paciente y el estableci-

miento preciso de límites son esenciales, y pueden ser muy eficaces para desactivar una situación de riesgo potencial. Ha de explicarse con claridad y firmeza que no se tolerará una conducta inadecuada, y las consecuencias que acarreará, ofreciendo a la vez alternativas aceptables para el paciente.

Si la agitación es el resultado de un proceso somático, y/o se acompaña de desorientación o de desorganización, es conveniente actuar en un ambiente de poca estimulación y con una iluminación suave aunque suficiente, así como reorientar al paciente ocasionalmente. Puede ayudar la compañía de un familiar cercano que le recuerde dónde está y con quién.

### *Intervenciones farmacológicas*

No existe ningún tratamiento de acción inmediata específicamente “antiagresivo”. Normalmente se recurre a una sedación inespecífica del paciente independientemente de la causa, mediante neurolepticos y/o benzodiazepinas. Los agentes más usados son el haloperidol, el diacepam y el loracepam (en los países donde se dispone de ellos en formulación intramuscular, que es la vía de administración más frecuentemente usada).

El haloperidol es un neuroleptico de la familia de las butirofenonas, de alta potencia y de demostrada eficacia en el control de las conductas violentas en adultos (Citrome y Volavka, 1999). Suele usarse en dosis de 2 a 5 mgrs, vía intramuscular u oral, cada 4 a 8 horas según respuesta clínica, o incluso menos si se busca una sedación más rápida del paciente. Debe recordarse que su absorción vía intramuscular es casi el doble que la oral, y con una velocidad de acción bastante mayor. Tiene menos efectos hipotensores, proconvulsivantes y anticolinérgicos que otros neurolepticos potencialmente más sedantes (como la clorpromacina o la levomepromacina). La posible aparición de efectos secundarios extrapiramidales puede llevar a requerir la administración de un fármaco anticolinérgico corrector.

Los nuevos antipsicóticos, por su perfil de efectos secundarios relativamente benigno, es previsible que vayan relevando en el futuro a los antiguos. De entre estos, la olanzapina, por la disponibilidad de formulación intramuscular, es ya un fármaco a tener en cuenta, siendo de primera elección en las crisis psicóticas agudas en adultos según las guías más recientes, con una eficacia semejante a los antipsicóticos clásicos y un mejor perfil de tolerabilidad (Jiménez Busselo et al., 2005). Otra opción podría ser el uso de formulaciones de absorción por la mucosa oral (“velotab”, “flas”, etc.).



También puede plantearse el uso de un fármaco antihistamínico sedante, la difenhidramina, para la sedación de niños agitados, sobre todo si no presentan síntomas psicóticos. No obstante, tanto los antihistamínicos como las benzodiacepinas pueden producir un efecto idiosincrásico de desinhibición conductual y agitación en algunos niños (sobre todo en niños con retraso mental o con lesiones cerebrales), por lo que deben manejarse con precaución.

La elección de fármaco debe tener en cuenta, de ser posible, los usados con anterioridad con el paciente (si los hubiera) y su eficacia o la falta de ésta, así como la experiencia personal del clínico y sus preferencias. Sea cual sea la indicación farmacológica, su uso habrá de determinar una posterior monitorización cuidadosa del niño (signos vitales, nivel de conciencia, reacciones distónicas, etc.).

En general se prefiere la vía de administración intramuscular por su mayor rapidez de acción frente a la oral, y el uso de preparados líquidos o de absorción por la mucosa oral a pastillas en la vía oral por su mayor facilidad de supervisión de la ingesta. No obstante, si la situación lo permite es conveniente permitir al paciente que elija la vía de administración.

#### *Intervenciones físicas*

La escalada de violencia lleva frecuentemente a exigir medidas físicas de contención previas a la administración de tratamiento farmacológico, a fin de evitar una situación de daño para el paciente o para terceras personas; dichas medidas se retirarán en cuanto el control de la situación lo permita. Es conveniente desarrollar y aplicar un protocolo para estas situaciones, que deberá contemplar:

1. las indicaciones en que la sujeción física deberá usarse;
2. los roles de cada miembro del personal (quién dirige la acción, cuántas personas son precisas, el concurso de personal de seguridad del centro, etc.);
3. la monitorización posterior del paciente (signos vitales, temperatura, vía aérea, patrón respiratorio, circulación periférica, etc.);
4. el proceso y los tiempos de reevaluación y de retirada de la sujeción.

#### **Evaluación del paciente suicida**

##### *Consideraciones especiales*

No es infrecuente que los intentos de suicidio en estas

edades sean asumidos como poco serios e irrelevantes (incluso casi “normales”) desde el punto de vista médico-psiquiátrico (sobre todo en la adolescencia) o, por el contrario, que se sobrevalore su intención (sobre todo en niños pequeños, donde el riesgo deriva más de la incapacidad para valorar consecuencias que de la intencionalidad en sí). Ante esto, nunca debe olvidarse que el intento de suicidio es una urgencia potencialmente letal y, por tanto, que exige ser tomada muy en serio independientemente de la edad o del método y de su grado de letalidad real.

##### *Descripción clínica*

La detección de factores de riesgo es importante para tomar decisiones con respecto al abordaje terapéutico a seguir con éstos pacientes. En el año 2002, Forster y Wu propusieron dos tipos de factores: los fijos y los modificables. Los primeros son aquellos en los que no existe la posibilidad de cambio, aún realizando intervenciones terapéuticas. Incluyen intentos de suicidio previos, ideación suicida del momento, factores genéticos, de género, edad, etnia, situación económica y orientación sexual. Los factores de riesgo modificables son la ansiedad, la desesperanza, el acceso a medios para cometer suicidio, la interrupción de un tratamiento, la presencia de trastorno mental grave, el aislamiento social y las enfermedades médicas (Forster y Wu, 2002).

La American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (2001) señala como factores de riesgo para ambos sexos los trastornos del humor, la pobre comunicación entre padres e hijos y la existencia de intentos suicidas previos, en tanto que el uso de sustancias y/o alcohol incrementa significativamente el riesgo en adolescentes a partir de los 16 años. Los ataques de pánico son importantes a considerar cuando se presentan en mujeres, mientras que la agresividad aumenta el riesgo de ideación o intento suicida en varones. Es también un factor de riesgo la historia de cambios rápidos de humor (cortos períodos de depresión, ansiedad y rabia que pasan a eutimia y/o manía, sobre todo si se asocian síntomas psicóticos con ideación paranoide y alucinaciones visuales o auditivas).

Por otra parte, aquellos adolescentes con trastornos de la identidad sexual tienen un riesgo aumentado, debido a que presentan múltiples factores de riesgo, tales como depresión, intentos suicidas previos, abuso de sustancias, victimización sexual, conflictos familiares y ostracismo en la escuela. A este grupo de adolescentes de alto riesgo se suman también aquellos niños o adolescentes víctimas de abuso sexual o físico.



20

Los trastornos mentales asociados a suicidio e intento suicidio son, en su orden, depresión mayor, episodios maníacos y trastornos psicóticos. El riesgo aumenta cuando a los trastornos del estado de ánimo se asocian el abuso de sustancias, alcoholismo y/o antecedentes de conductas agresivas. Dentro de los trastornos de personalidad asociados al suicidio, el diagnosticado con más frecuencia es el Trastorno Límite de Personalidad (borderline). Otro grupo importante es el de pacientes con personalidad histriónica (Gastaminza et al., 2005).

La frecuencia de suicidios, conductas agresivas y conductas autodestructivas es mayor en niños y adolescentes con familias estresantes. Es un factor de riesgo, además, para aquellos niños y jóvenes que están solos, sin familia o con poco apoyo social. Se asocian también como factores de riesgo la pobre comunicación entre padres e hijos, familias desintegradas y un escaso apoyo familiar. Finalmente, se considera un factor de riesgo en adolescentes la existencia de historia familiar de comportamiento suicida.

### *Evaluación*

Lo primero que se recomienda ante una tentativa de suicidio es determinar la intencionalidad, el riesgo de muerte, la persistencia de ideas suicidas y la probabilidad de volver a cometer el acto suicida.

La información debe obtenerse de diversas fuentes, que incluyen al propio paciente, padres o cuidadores, informes escolares y cualquier persona que tenga relación directa con el niño. En el caso de los adolescentes se considera importante también la información de los amigos y de la pareja. En el caso de los niños, además de las entrevistas se recomiendan el uso del juego y la observación de conductas.

Al investigar acerca del intento suicida, es importante prestar especial atención al método utilizado y a cuántas veces se ha intentado previamente. Es de considerar que varios intentos suicidas y el uso de métodos inusuales que comprometan seriamente la vida del paciente son predictivos de riesgo real de suicidio consumado. En caso de que la urgencia sea por ingestión de medicamentos u otras sustancias, el clínico debe evaluar si éstas son potencialmente letales y si fueron ingeridas como un acto impulsivo o si, por el contrario, existía una planificación previa, de manera que pueda comprobarse si ésta implicaba realmente un intento suicida. Es también importante determinar el conocimiento real que el paciente tiene de la sustancia y de su capacidad de dañarle.

El clínico debe ser cuidadoso e identificar a aquellos

pacientes que tienen un riesgo potencial de muerte, que incluyen varones de 16 a 19 años, niños o adolescentes de ambos sexos que presentan un trastorno mental asociado (depresión, manía, hipomanía, trastorno bipolar, psicosis), abuso de sustancias, agitación e irritabilidad. Además de estos deben considerarse también los factores ambientales y sociales, tales como aislamiento, estrés, la existencia en el entorno de patrones de imitación e historia familiar de psicopatología (comportamiento suicida, enfermedad bipolar, abuso físico o sexual). Cuando se sospecha la existencia de abusos sexuales se recomienda investigar si han tenido lugar antes del intento o coinciden con la ideación o el intento suicida (Gastaminza et al., 2005).

Es importante además evaluar los motivos que han llevado al acto suicida, por ejemplo el interés por llamar la atención, el intento de modificar algo en las relaciones personales, acompañar a algún familiar que ha muerto, evitar una situación intolerable o incluso la venganza. Se considerará que si estos motivos no han sido satisfechos, el riesgo suicida persiste.

### **Consideraciones legales**

En referencia a la vulnerabilidad legal del clínico, hay que recordar que una buena historia clínica es en sí misma la mejor arma legal. Así pues, la documentación clara, aún contando con la premura de tiempo, tanto de la evaluación clínica como de su resultado, de las decisiones tomadas y de las acciones llevadas a cabo y sus porqués son fundamentales en este aspecto.

Sobre la confidencialidad, aún siendo mandatoria en la relación médico-paciente, tiene menor valor que la preservación de un daño a terceras personas (incluido el clínico) y al mismo paciente, por lo que podrá vulnerarse ante tal riesgo, lo que, nuevamente, deberá documentarse en la historia clínica (Simon y Goetz, 1999).

En cuanto a la involuntariedad del paciente y la toma de decisiones participada con éste y su familia, el mayor de 16 años no incapaz ni incapacitado es plenamente autónomo según la actual legislación española, y entre los 12 y los 15 años tiene derecho a estar plenamente informado y ser escuchado, aún cuando prevalece el derecho de los padres o tutores legales. En caso de grave riesgo, no obstante, prevalecerá el criterio del facultativo (Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica). El ingreso psiquiátrico, si procede, requerirá de autorización judicial aún cuando el detentador de la patria potestad esté de



acuerdo, y “se realizará en todo caso en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor” (sic) (Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor).

### Consideraciones finales

El previsible crecimiento de la demanda en Salud Mental Infanto-Juvenil exige un esfuerzo de desarrollo e integración de servicios sanitarios, con estructuras que promuevan y faciliten la atención ambulatoria y permitan limitar el acceso a urgencias a aquellos casos que realmente lo requieren. Este modelo racional de cuidados exige la creación de Centros y Unidades ambulatorias de Salud Mental de Zona, dispositivos de atención domiciliaria, unidades de descanso o respiro para familiares/cuidadores, programas de hospitalización parcial y Centros y Hospitales de Día, y equipos y dispositivos de intervención en crisis (incluso desplazables llegado el caso).

Sólo un sistema racionalmente desarrollado permitirá, por un lado, contener la demanda urgente (con el desorbitado gasto sanitario que puede llegar a generar), y, por otro, proporcionar a los clínicos y a las unidades de urgencias y hospitalarias las opciones terapéuticas precisas para hacer de la atención urgente una atención realmente útil y eficaz. Además de, por supuesto, evitar en muchos casos tener que llegar al punto de necesitar recurrir a la atención urgente.

### Bibliografía

- Achenbach TM, Howell CT: Are American children's problems getting worse? A 13-year comparison. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 1145-1154.
- Allen MH: Level one psychiatric emergency services: the tools of the crisis sector. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22: 713-734.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Practice parameters for the psychiatric assessment of children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 4S-20S.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Suicidal Behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 24S-51S.
- Citrome L, Volavka J: Violent patients in the emergency setting. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22: 789-801.
- Dulcan MK, Martini DR, Lake MB: Special clinical circumstances. En: Dulcan MK, Martini DR, Lake MB (autores): *Child and Adolescent Psychiatry*, third edition. Washington: American Psychiatric Publishing; 2003. p. 209-257.
- Forster PL, Wu LH: Assessment and treatment of suicidal patients in an emergency setting. En: Allen MH (ed): *Emergency Psychiatry*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2002. p. 75-114.
- Gastaminza X, Herreros O, Ortiz V, Sánchez F: Suicidio e intento de suicidio en niños y adolescentes: revisión e intervenciones terapéuticas. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 2005; 22: 110-117.

- Halamanaris PV, Anderson TR: Children and adolescents in the psychiatric emergency setting. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22: 865-874.
- Jiménez Busselo MT, Aragón Domingo J, Nuño Ballesteros A, Loño Capote J, Ochando Perales G: Atención al paciente agitado, violento o psicótico en urgencias: un protocolo pendiente para una patología en aumento. *An Pediatr (Barc)* 2005; 63: 526-536.
- King RA, Lewis M: The difficult child. *Child Adolesc Psychiatry Clin North Am* 1994; 3: 531-541.
- Ley orgánica 1/1996, de 15 de Enero, de protección jurídica del menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil (BOE de 17 de Enero de 1996).
- Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE de 15 de Noviembre de 2002).
- Reid WH: Clinical evaluation of the violent patient. *Psychiatr Clin North Am* 1988; 11: 527-37.
- Simon RI, Goetz S: Forensic issues in the psychiatric emergency department. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22: 851-864.
- Thomas LE, King RA: Child and adolescent psychiatric emergencies. En: Martin A and Volkmar FR (eds): *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook*, fourth edition. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2007. p. 900-909.





### 22 PECULIARIDADES PSICOFARMACOLÓGICAS EN LA INFANCIA. ENSAYOS CLÍNICOS.

C. Álamo González

Catedrático de Farmacología. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. Madrid.

La psicofarmacología moderna es una ciencia relativamente reciente que se inicia en la década de los 50 del pasado siglo con el descubrimiento de los prototipos de los grandes grupos terapéuticos, a saber: clorpromazina como antipsicótico, Iproniazida e Imipramina como representantes de los antidepresivos y clordiazepoxido como ejemplo de ansiolíticos. Además, se empieza a emplear el litio, descubierto como antimaniaco por Cade en 1949. Previamente, en 1937, Charles Bradley empezó a utilizar en EE.UU. el sulfato de amfetamina en adolescentes con problemas de conducta, hecho que para algunos constituye el primer hito de la psicofarmacología pediátrica.

En estos años, el avance de la psicofarmacología ha sido evidente y son múltiples los estudios clínicos realizados en adultos para poner en evidencia la eficacia y seguridad clínica de los distintos agentes psicofarmacológicos frente a placebo o a otros agentes de eficacia reconocida. Sin embargo, en el caso de los niños y adolescentes, por un mal entendido sentido de protección y de ética, las dificultades e incluso la imposibilidad de realizar estudios clínicos con psicofármacos ha sido la norma. Con ello se ha pretendido evitar la consideración de “niños cobayas” sometidos a estudios clínicos, sin caer en la cuenta que las necesidades terapéuticas de determinadas patologías psiquiátricas y orgánicas llevaban al personal médico al empleo de fármacos, que previamente no habían sido estudiados en esta población, aplicando medidas correctoras, fundamentalmente de dosificación, de una manera totalmente empírica. En este sentido, existen trabajos que ponen de manifiesto que entre el 25 y el 66 % de los niños hospitalizados y entre el 11 y el 33 % de los atendidos en atención primaria reciben fármacos en estas condiciones. Este es un hecho preocupante ya que pese a que esta medicación sea necesaria, se realiza, en la mayoría de los casos, en condiciones de incertidumbre y en algunas ocasiones ha dado resultados desalentadores.

En la mayoría de casos el empleo de medicinas en psiquiatría de la infancia, que no se han estudiado correctamente para esta población, se basa en la convicción, en el boca a boca y la experiencia particular del clínico, más que en la evidencia. En estos casos, cada niño es el único participante en un estudio clínico “incontrolado” en el

que la dosis usada es una extrapolación basada en el peso, la superficie corporal o, lo que es peor, en la edad. Este tipo de extrapolación ha demostrado ser inexacto en muchas situaciones. La aparición de un resultado positivo o de un efecto adverso es, en muchas ocasiones, motivo de la casualidad. Hacer “algo” en lugar de abstenerse es una tentación frecuente para el clínico, ante una patología sin terapia reconocida, en un intento sincero de mejorar la salud del niño. No se trata de defender la abstención terapéutica sistemática cuando se carece de información, sino propugnar una investigación ética para desarrollar ensayos de alta calidad cuando sea necesario y posible.

En estas condiciones, desde hace algunos años, se ha puesto de manifiesto la necesidad de realizar estudios clínicos con nuevos fármacos en pediatría para evitar el empleo de medicamentos “off-label” (sin indicación aprobada oficialmente) y minorizar los problemas de dosis inadecuadas o reacciones adversas peculiares. Es cierto que la realización de un estudio clínico con un nuevo fármaco puede tener riesgos en el niño, pero también los tiene y a nuestro entender en mayor medida cuando son empleados en los mismos sin la información previa del estudio clínico. El desarrollo en este campo es tal que, en la actualidad, podemos hablar de la psicofarmacología del niño y del adolescente como una especialidad con entidad propia e independiente de la psicofarmacología y de la psiquiatría infantil.

Los aspectos comentados han sido abordados tanto en EE.UU. por la FDA (Food and Drug Administration), como en Europa. En 1997, el Comité de Especialidades Farmacéuticas de la Unión Europea (CPMP), englobado dentro de la EMEA, diseñó las primeras guías para la investigación clínica de medicamentos en niños. Aparentemente los resultados, valorados por el bajo número de nuevos medicamentos aprobados para el niño, no fueron los deseables, por lo que en el año 2000, la Comisión Europea elaboró el documento “Better Medicines for Children” en el que se recogieron 6 objetivos fundamentales:

1. Aumentar la disponibilidad de medicamentos aprobados para su uso en niños.
2. Asegurar que los mecanismos de farmacovigilancia se adaptan también al desafío que supone evaluar los posibles efectos a largo plazo en determinados casos.
3. Evitar estudios innecesarios mediante la publicación de información sobre ensayos clínicos ya iniciados.
4. Establecer una lista de prioridades de investigación.
5. Conseguir que se alcance un alto nivel en el campo de la investigación, desarrollo y evaluación de ensayos clí-



nicos con medicamentos en niños mediante la creación de un comité o grupo de expertos específico.

6. Finalmente, asegurar que en los estudios se cumplen las más altas exigencias desde el punto de vista ético.

Sin embargo, en Europa estas bienintencionadas medidas tuvieron incluso un impacto negativo, probablemente debido a un exceso de burocratización sin compensaciones, disminuyendo el número de estudios clínicos realizados en pediatría. En ello influyó la gran dependencia de la industria farmacéutica, ya que el 90% de los estudios clínicos realizados en Europa son costeados por la misma. Esta tasa es mucho más alta que en los E.E.U.U., donde, al contrario de lo que sucede en Europa, además de los importantes estudios realizados por las farmacéuticas, existen programas nacionales desde los años 90 que apoyan la investigación académica para realizar ensayos clínicos e introducir un cuerpo de doctrina legal que mejore el tratamiento farmacológico en la infancia. Además, las autoridades sanitarias americanas usan una doble política con la industria farmacéutica, lo que algunos autores como Kolch llaman “el palo y la zanahoria”: por un lado incentivan y por otro exigen la realización de estudios clínicos en determinados fármacos susceptibles de ser empleados en niños. La Unión Europea parece haber aprendido de ello, ya que alguna de las medidas citadas las implementa en su nueva normativa.

En efecto, en enero de 2007 entró una nueva regulación basada en diferentes regulaciones y directrices de la Comunidad Europea (Regulaciones: (EC) No 1901/2006; (EEC) No 1768/92; (EC) No 726/2004. Directrices: 2001/20/EC, 2001/83/EC) encaminadas a facilitar el desarrollo y la accesibilidad de los productos medicinales para el uso en la población pediátrica. Estas medias regulatorias pretenden estimular la investigación y desarrollo de medicamentos para la población infantil. Asegurar que los productos usados para tratar a la población pediátrica están de acuerdo con una investigación de alta calidad y son autorizados para el uso en la población pediátrica. Además, se busca mejorar la información disponible en el uso de productos medicinales en las distintas poblaciones pediátricas. Estos objetivos deben ser alcanzados sin someter a la población pediátrica a ensayos clínicos innecesarios y sin retrasar la autorización de estos productos medicinales para otras poblaciones. Esta ley recoge una serie de innovaciones entre las que destacamos las siguientes: Creación de un Comité Pediátrico con la EMEA y un Plan de Investigación pediátrico (PIP). Además se establecen incentivos para la realización de estudios clínicos en niños por la industria farmacéutica, así como fondos para investigación

en aspectos farmacológicos en niños y adolescentes por parte de la industria y de otros sectores como los académicos.

El comité pediátrico (CP), formado por 33 miembros competentes en el desarrollo de los diferentes aspectos necesarios para el tratamiento de la infancia, estará integrado por miembros del CHMP (Committee for Medicinal Products for Human Use) de la EMEA, pediatras, farmacólogos, farmacéuticos, bioéticos y miembros de las asociaciones de pacientes, además de expertos invitados, todos ellos sin intereses financieros con la industria farmacéutica.

Este comité, con un gran poder decisorio y con cometidos amplios y complejos, tiene como objetivos principales determinar y aprobar el contenido del PIP, proporcionar consejos científicos internos y externos, así como asesorar a la industria farmacéutica y realizar un inventario de necesidades terapéuticas pediátricas antes del 26 Ene de 2010. Además, el CP decide, antes de la autorización de un nuevo medicamento, la necesidad de realizar un PIP si considera que el fármaco es susceptible de uso en niños o adolescentes. Asimismo, este comité es el responsable de excluir o retrasar el estudio del citado PIP si lo considera oportuno.

A partir de la aplicación de esta ley, que entró en vigor en enero del 2007, las compañías que soliciten la autorización de comercialización de un nuevo medicamento, tienen que elaborar un PIP en el que se basará la autorización de su empleo en pediatría. El plan incluirá las medidas encaminadas a asegurar la calidad, la seguridad y la eficacia del medicamento en una población pediátrica, un cronograma de la investigación a realizar, características de las poblaciones infantiles estudiadas, desarrollo de formulaciones específicas para el uso pediátrico. El PIP deberá traducirse por un mayor número de medicamentos aprobados para pediatría y una mejor base de datos sobre la eficacia, efectos secundarios, seguridad y dosificación de los nuevos fármacos en menores de edad.

Si un fabricante considera que un fármaco desarrollado para adultos es inadecuado para el tratamiento de niños, el CP puede conceder, en caso de estar de acuerdo, una exclusión de la presentación de datos pediátricos. Las exclusiones se pueden aplicar a subconjuntos de población pediátrica, a indicaciones terapéuticas concretas o a una combinación de ambos. La exención puede afectar a una sola sustancia o a un grupo de sustancias que carezcan de interés en el niño (p.ej. fármacos para el tratamiento de demencias). Con ello se pretende asegurar que la investigación en niños sea conducida solamente para resolver sus



24 necesidades terapéuticas y que no se realice ningún ensayo clínico innecesario en los mismos. Asimismo pueden aplicarse prórrogas en la realización de estudios clínicos en niños cuando el CP considere que es apropiado realizar antes estudios en el adulto. Con ello se pretende que los ensayos clínicos en niños se realicen solamente bajo condiciones éticas y de seguridad.

La nueva legislación prevé aun plan de incentivos para la industria farmacéutica que estimule el estudio clínico en niños. Es similar al realizado en EE.UU., durante los 10 últimos años, que ha dado buenos resultados. Con ello se recogerán datos sobre el empleo del fármaco en niños y adolescentes que se anotarán en fichas técnicas y prospectos aumentando datos de eficacia y seguridad, así como datos negativos de ineficacia o riesgos de algunos fármacos en poblaciones infantiles. Entre los incentivos concedidos están la autorización de comercialización pediátrica (Paediatric Use Marketing Authori-zation (PUMA), la prolongación de la protección de patente en productos con la misma caducada, entre seis meses y un año en dependencia de la calidad y trascendencia de los datos investigados, así como la identificación con un símbolo especial (“logo”) para estos productos.

La regulación vigente en estos momentos va a aportar una política de información transparente sobre los medicamentos usados en los niños y los adolescentes de la que carecíamos hasta el momento. En este sentido, los resultados de los estudios realizados en niños estarán disponibles para los profesionales sanitarios y pacientes antes de la autorización del medicamento. Un aspecto de gran trascendencia es que los datos obtenidos en niños serán públicos incluso si el producto no alcanza la aprobación para su uso en los mismos. Asimismo, la EMEA podrá publicar los datos de estudios clínicos en niños, incluso en contra de la voluntad del laboratorio promotor. Finalmente se establecerá un registro de los fármacos autorizados para su uso en pediatría.

Sin embargo, se detectan algunos posibles problemas si la aplicación de la regulación no se realiza con una cierta flexibilidad. En este sentido el carácter multidisciplinario del CP, que debe ahondar en todas las materias concernientes a la pediatría, puede ser un inconveniente, salvo que cuente en las decisiones concernientes a la psicofarmacología con expertos en psiquiatría del niño y adolescente que pongan en un claro contexto cuales son las necesidades de los niños con patología mental. Sin la participación de estos expertos difícilmente el CP podrá acertar con los objetivos concretos que se requieren para estos niños. Asimismo, determinados aspectos éticos que afec-

tan a los niños con alteraciones mentales, como madurez mental, capacidad de comprensión, entre otros, deben ser enfocados diferencialmente respecto a niños con otras patologías y para ello debe recurrirse a expertos en psiquiatría infantil.

Por otra parte, debe quedar claro que el objetivo de los estudios en niños no es conseguir un incentivo o un logo que facilite la comercialización de un determinado medicamento. En este sentido, los ISRS, los antipsicóticos atípicos, los eutimizantes y los preparados de metilfenidato pueden lucir en su envase el logo sin que sea necesario realizar nuevos estudios clínicos en menores más jóvenes. El objetivo del estudio de estos agentes es ganar en información sobre aspectos concretos no aclarados y no conseguir un incentivo.

Otro hecho a considerar es que el programa de investigación recogido en la normativa resulta poco concreto en lo referente al soporte de una investigación académica. Este tipo de investigación es fundamental en el campo de la psiquiatría infantil, como se ha puesto de manifiesto con el desarrollo de la atomoxetina. En efecto, el grupo universitario de Spencer (Massachusetts) realizó el primer estudio clínico de este producto, en menores de edad con TDAH, bajo la financiación del NIMH.

Sin embargo en Europa parece existir una cierta carencia de investigación psicofarmacológica infantil en el ámbito académico y universitario. Esperamos que la normativa facilite la realización de estudios independientes, además de los que se realizan en el ámbito de la industria farmacéutica. En general se considera que las entidades industriales realizan estudios clínicos comparativos, encaminados a demostrar, de la forma más simple posible, la eficacia y tolerabilidad de sus productos. Sin desmerecer en ningún caso la importancia de la investigación psicofarmacológica realizada por la industria farmacéutica que ha aportado conocimientos sumamente importantes en el campo de la psiquiatría, hemos de reconocer que muchos de sus estudios no siempre se acercan a la práctica clínica habitual, por lo que puede ser necesaria la realización de estudios más complejos, en los que se contemple la asociación de medicamentos entre si o con otras practicas terapéuticas, por ejemplo el estudio MTA, o estudios de potenciación que pueden darnos una valiosa información para el tratamiento cotidiano de nuestros niños y adolescentes. Estos estudios multimodales, que tienen un menor interés para la industria farmacéutica ya que no sólo abarcan a su medicamento, difícilmente podrán ser abordados por entidades académicas debido a su alto coste. Esperamos que la regulación implementada por la EMEA facili-



te fondos y ayudas para la realización de los mismos como complemento de los realizados por las entidades privadas. Asimismo, esperamos que estos fondos y ayudas animen a las entidades infantiles y Sociedades científicas a la realización de investigaciones clínicas en el campo de la psicofarmacología.

El objetivo del tratamiento psicofarmacológico en los niños es conseguir resultados terapéuticos que permitan un desarrollo orgánico mental y social adecuado, en esta importante etapa de la vida del sujeto. Asimismo, ello debe acompañarse de una mejor calidad de vida, con el menor riesgo posible para su integridad. En este sentido la normativa legislativa y regulatoria debe conseguir que los niños puedan recibir fármacos tanto o más seguros y eficaces que los que recibe el adulto. En muchas ocasiones el niño recibe medicamentos que han sido diseñado para el adulto y que, ante el vacío terapéutico, el médico emplea de un forma bienintencionada pero empírica. No somos partidarios del nihilismo terapéutico pero no debemos conformarnos con la situación actual. Por tanto la regulación de investigación clínica por parte de la EMEA, que ha entrado en vigor a principios del 2007, nos anima a todos los estamentos implicados en la psicofarmacología infantil, universidad, instituciones hospitalarias públicas y privadas, personal sanitario y autoridades a sacar el máximo partido posible de la misma, con el fin de la obtención de la mayor información posible que redundará, sin duda, en la salud mental y general de nuestros pequeños pacientes.

### Bibliografía

- Carreras ID, Fuentes Camps I, Arnau de Bolós J.M, y cols. Un registro europeo de ensayos clínicos en niños. *An Pediatr (Barc)* 2004;60(3):212-4
- European Commission (2001) Directive 2001/20/EC Official Journal of the European Communities L 121/34.
- Kolch M, Schnoor y Fegert JM. The EU-regulation on medicinal products for paediatric use Impacts on child and adolescent psychiatry and clinical research with minors. Note for guidance on clinical investigation of medicinal products in children. London: Medicines Control Agency, 1997.
- Raymond S. y Brasseur D. Development of medicines for children in Europe: ethical implications *PAEDIATRIC RESPIRATORY REVIEWS* (2005) 6, 45-51.
- Spencer T, Biederman J, Wilens T. et al. Effectiveness and tolerability of atomoxetine in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. (1998). 155:S693-S695.

## TRASTORNO DE CONDUCTA EN NIÑOS ADOPTADOS

25

G. Ochando Perales, S. Peris Cancio, MC. Millán Olmo, J. Loño Capote.

Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

**Resumen.** La adopción de un niño es un sueño hecho realidad, es un acto de entrega generosa a un niño desconocido, pero es un proceso complejo que debe hacerse lentamente y que requiere la adaptación tanto de la familia como del niño.

Los niños adoptados, especialmente aquellos que tienen historia de vivencia institucional antes de la adopción, tienen un mayor riesgo de presentar trastornos del desarrollo, de la conducta y del vínculo. Por ello, la conducta, el desarrollo, el apego, el estrés en los padres y las relaciones hijos-padres en estas familias debe ser monitorizada, especialmente durante el periodo preadoptivo y los primeros años postadopción, ofreciendo la posibilidad de acudir a los servicios especializados de Salud Mental a estos niños y sus familias.

El objetivo de este artículo es realizar un análisis de los principales problemas que vamos a encontrar en la adopción, así como la revisión de las publicaciones internacionales realizadas en los últimos años sobre la adopción.

**Palabras clave.** Adopción nacional. Adopción internacional. Asesoramiento adoptivo. Preadopción. Postadopción. Trastornos de conducta. Niños.

**Abstract.** The adoption of a small child is a dream come true, it is an act of generosity to an unknown child, but it is an extremely complex process that has to be done slowly and requires the adaptation of both family and kid.

Adopted children, especially those with a history of institutional living before adoption, are at greater risk for a range of developmental, behavioral and attachment concerns. As a result, development behavior, attachment, parent stress, and parent-child interactions need to be monitored. Especially during the pre-adoption process and the first few years after the adoption, having during this period the possibility to use specialized services for Mental Health of both families and child.

The purpose of this article is to analyze the main problems that we will face with an adoption, as well as the revision of international literature published in the last few years on this subject.

**Key words.** National adoption. International adop-



26 tion. Adoptive advice. Pre-adoption. Post-adoption. Behavior disorder. Child.

**Introducción.** La adopción de un niño es un sueño hecho realidad, tanto para el niño como para los padres adoptivos. Es un acto de entrega generosa a un niño desconocido, posiblemente el mayor acto de amor humano. Los padres adoptivos suelen tener una idea romántica de la adopción. En ocasiones, la realidad es otra y el niño puede no cumplir las expectativas que tenían los padres en su nuevo hijo.

La adopción es un proceso complejo que debe hacerse lentamente y que requiere la adaptación tanto de la familia como del niño. Durante meses, e incluso años, los padres realizan este proceso adaptativo mientras esperan la llegada de su hijo. Pero el niño no tiene ese periodo adaptativo, y el día de la adopción se encuentra que pasa de los brazos de sus cuidadores en el orfanato a los brazos de unos padres desconocidos. En ese momento, el sentimiento de frustración suele estar presente. El niño, tan deseado, llora inconsolablemente y mira asustado a su cuidador alargándole los brazos<sup>1,2</sup>.

Ni la adopción nacional ni la internacional son estudiadas en la carrera de Medicina. En la literatura (en las más prestigiosas revistas médicas en EEUU) sólo se menciona la adopción en un 0-0,2% del total<sup>1</sup>.

El proceso adoptivo ha tenido siempre defensores y detractores. Desde la madre Teresa de Calcuta que decía que “recibir a uno de estos niños en casa es como recibir al mismo Jesús”, hasta Lady Emma Nicholson que apoya que la adopción de niños puede convertirse en “un comercio de niños”, afirmando que las Naciones Unidas deberían hacer más énfasis en promover refuerzos sociales que favorezcan la reestructuración familiar del niño en sus país de origen.

A partir de los años 60 y hasta los 80 la adopción nacional sufre una disminución del 50%, en parte por la aparición de métodos anticonceptivos para el control de la natalidad y en parte por el aumento de abortos en gestaciones no deseadas y por otra parte los problemas de fertilidad al retrasar la edad de primeros embarazos desde los 25 a los 35 años en mujeres en edad fértil; triplizándose, en consecuencia, la adopción internacional<sup>1,3</sup>.

Los padres adoptivos suelen buscar la adopción internacional porque fundamentalmente les preocupa las relaciones familiares con la familia biológica. Con la adopción internacional tienen la seguridad de que no los reclamarán ni tendrán contacto con sus padres y excluyen la adopción nacional con la esperanza de que no tengan pro-

blemas médicos o de conducta, y no les falta razón ya que tanto en una como en otra corren ese riesgo. Otras razones para decantarse por un tipo de adopción u otro pueden ser: las creencias religiosas, rescate de niños por razones humanitarias en situaciones de desastres naturales y en conflictos bélicos; o bien por la similitud de culturas. Algunas familias eligen niños con problemas corregibles que no tendrían tratamiento en su país de origen<sup>1,4</sup>.

### **Preadopción: una oportunidad para el asesoramiento pediátrico**

El Pediatra puede ser consultado en ocasiones por los padres que están pensando en la adopción de un niño. El periodo preadoptivo es una preparación para los futuros padres adoptivos. Es un momento decisivo para aclarar sus dudas y replantear la actuación en el proceso adoptivo.

Los padres adoptivos deben enfrentarse a tareas diferentes al resto de los padres:

- La ausencia involuntaria de hijos que puede producir diversas emociones que afecten al equilibrio personal y de pareja.

- La aceptación del pasado del niño, sus sentimientos y recuerdos de su familia biológica y las circunstancias que llevaron al niño a la separación definitiva de sus familias, ayudándole a conservar su identidad, cultura, sentimientos, inseguridades y deseos de conocer más datos acerca de su genealogía.

- La ausencia del periodo preparatorio para la paternidad durante el embarazo. La asunción del papel de padre o madre se establece de forma repentina ya que no se puede predecir el momento en el que va a llegar el niño.

- Los niños adoptados suelen contar con un pasado difícil por lo que a las situaciones educativas y de crianza habitual suelen añadirse situaciones de estrés adicional.

- La no existencia de ritos o ceremonias que marquen la llegada del niño al hogar no facilita el proceso de transición.

- En ocasiones, la familia de la pareja adoptante puede no aceptar el proceso adoptivo, generando conflictos familiares y pérdida de apoyo.

- El proceso de revelación de la condición de adoptado debe ser tenido en cuenta desde los primeros momentos. Si desde el principio se habla de la adopción con naturalidad, no se generará ansiedad (“si algo no se oculta, nunca habrá de ser revelado”)<sup>5</sup>.

En la adopción nacional los niños suelen ser de menor



edad que en la adopción internacional, ya que en esta última, la adopción es el último recurso cuando la reestructuración familiar no ha sido posible. Los padres deben conocer que los niños institucionalizados tienen mayor riesgo de presentar retrasos del desarrollo, dificultad de aprendizaje y trastornos de conducta. Por cada tres meses que el niño pasa en una institución durante el primer año de vida, pierde un mes en su desarrollo del lenguaje y en su desarrollo psicomotor<sup>6,7</sup>. Por ello, es importante que se realice una evaluación de su desarrollo por profesionales con experiencia en este campo<sup>6</sup>.

Las familias que adoptan niños mayores necesitan más educación preadoptiva y apoyo postadoptivo ya que los niños que permanecen más tiempo en el orfanato tienen incrementado el riesgo de presentar trastornos de conducta, dificultades escolares y disminución de su capacidad intelectual. Una vez adoptados, los niños pierden parte de su lengua nativa en 6-8 meses y no tienen fluidez en su nuevo idioma hasta pasados 6-12 meses, haciendo más difícil su aprendizaje en la escuela y su rendimiento cognitivo en el periodo inicial. Estos niños, además, tienen mayor riesgo de tener una deprivación cultural y no están preparados para el sistema educativo tradicional hasta pasados meses e incluso años de su llegada<sup>6</sup>. Es necesario preparar a los padres ante la adopción y ayudarles en sus expectativas para que sepan que la adopción es un proceso complejo y debe hacerse con espacio.

En algunos casos, la adopción consecutiva de varios niños debe espaciarse al menos un año para darle a cada niño la oportunidad de integrarse en la familia y aportar-le la atención oportuna que necesita<sup>6</sup>.

### **La transición a la familia: problemas iniciales en conducta y desarrollo**

Toda la vida del niño cambia en el momento de la llegada a su familia adoptiva: nombre, nacionalidad, lengua, religión, cultura, oportunidades y estatus. Los niños pierden todo lo que les resultaba familiar: cuidadores, habitación, cama, amigos y juguetes<sup>2</sup>.

Muchos de estos niños han nacido de madres con embarazos no controlados, con exposición prenatal a drogas, alcohol, tabaco o enfermedades de transmisión sexual (principalmente sífilis), experiencias de maltrato o negligencia en los cuidados del niño, malnutrición, enfermedades infecciosas y otros problemas médicos y muchos de ellos han vivido en residencias u orfanatos. Todos estos factores hacen que el momento inicial de transición en sus nuevas familias adoptivas sea potencialmente difícil<sup>2,8</sup>.

En ocasiones encontramos sentimientos de frustración en el niño por la dificultad en la comunicación y por la pérdida de sus amigos. Tampoco es extraño encontrar que tienen sentimientos de miedo a que la familia adoptiva sea como la biológica y presuponen que los padres adoptivos reaccionarán como los biológicos ante determinadas situaciones. Estos sentimientos son producidos en mayor intensidad en niños mayores, en los que los recuerdos de vivencias anteriores pueden estar más presentes.

El proceso de transición puede facilitarse con diversas medidas<sup>2</sup>:

- Enseñarle fotos de la familia adoptiva, su casa, el barrio y mascotas (incluso vistiendo la misma ropa en las fotos que el día en que lo van a conocer).
- Realizar grabaciones de la voz de los padres con frases cariñosas e incluso canciones.
- Llevar juguetes y/o manta para el viaje enviados antes de la adopción.
- Hacer fotos de su habitación, cuidadores y compañeros de habitación del orfanato ya que esto suele interesarle posteriormente.
- Pasar un tiempo juntos antes de volver a casa ya que la nueva familia necesita establecer vínculos afectivos tempranos sin la distracción de la nueva casa ni el cansancio del viaje.

Los principales problemas que pueden surgir en estos primeros momentos son<sup>2,8</sup>:

- Alimentación: muchos de estos niños no han comido anteriormente alimentos sólidos ni han utilizado la cuchara por lo que no tienen ejercitados los músculos masticatorios.
- Aseo corporal. Las reacciones de aversión al baño son bastante comunes. Los baños en el orfanato suelen ser duchas de agua fría y secado con toallas ásperas.
- Control de esfínteres: los trastornos del ritmo intestinal (estreñimiento/diarrea) son frecuentes en los momentos iniciales; muchos de los niños presentan parositis intestinales.
- Trastornos del sueño: no suele haber dificultades en el sueño en los momentos iniciales; el cansancio ayuda a dormir a los padres y al niño. Los problemas suelen aparecer al llegar a la casa.
- Dificultades en el juego. El juego interactivo e imaginativo es poco frecuente en estos niños. Generalmente, en el orfanato, el juego consiste en apropiarse de un juguete deseado e impedir que los demás niños puedan acceder a él.
- Retraso del desarrollo: algunos niños progresan en



28 sus habilidades rápidamente mientras que otros presentan regresiones de conductas que ya tenían adquiridas. En ocasiones presentan conductas pseudo autistas con evitación del contacto ocular y escasa interacción social que suele mejorar progresivamente.

### **El primer año postadopción: cuidados a tener en cuenta**

Cuando el niño es adoptado gana innumerables ventajas, pero también es cierto que experimenta una serie de pérdidas. Los niños más mayores pueden tener la sensación de que los han puesto en otro planeta y pueden reaccionar con trastornos en el desarrollo, de conducta o emocionales<sup>9</sup>.

Durante el primer año debemos tener en cuenta:

1. **DIFICULTADES EN LA COMUNICACIÓN:** En el primer momento en la llegada a casa es recomendable limitar las visitas a pequeños grupos de familia más cercana, tener flexibilidad sobre las necesidades de la transición personal de cada niño. Los padres adoptivos pueden aprender algunas frases en el idioma del niño antes de la adopción para facilitar la comunicación con el mismo; para el niño es difícil poder explicar sus miedos, sentimientos, dudas sobre los cambios que está viviendo y no puede comunicarse profundamente. Las familias pueden contar con un traductor que le hable en su idioma ya que con esto el niño puede percibir que ellos pueden volver en alguna ocasión al país donde nació.

2. **SUPERAR LA TRISTEZA Y LAS PÉRDIDAS:** Muchos de estos niños se preguntan si los amigos que dejaron estarán a salvo o si volverán a coincidir con ellos, e incluso, se pueden sentir culpables por haberlos abandonado. La tristeza es la respuesta emocional a la pérdida, si los padres le dan su apoyo, posiblemente el niño establecerá vínculos psicológicos con sus nuevos padres, dándole solidez a su relación. La tristeza puede durar meses, e incluso años, en los niños más mayores. Éstos pueden trabajar estos sentimientos anotándolos de manera informal en un diario, hablando con otros niños adoptados o con un profesional<sup>9,10</sup>.

3. **ACEPTACIÓN DE LA SEPARACIÓN DE SUS NUEVOS PADRES:** Cuando los padres deben volver al trabajo, el niño debe separarse momentáneamente de los mismos. Los procesos de separación deben ser cortos en un principio, para dar confianza en que volverán a por él. Algunos de estos niños pueden presentar un Trastorno de Ansiedad por Separación, especialmente si han tenido experiencias de pérdida anteriormente.

4. **INICIO DE ESCOLARIZACIÓN:** Algunos niños están preparados tempranamente para iniciar su escolarización, en cambio otros necesitan aprender a ser un miembro de la familia antes de estar preparados para la vida fuera del hogar. Lo recomendable es que padres y colegio trabajen juntos en un plan de incorporación gradual al aula. Los niños más mayores pueden beneficiarse de permanecer en un grado inferior al correspondiente por edad hasta que realizan el catch-up y posteriormente subir de nivel cuando han adquirido mayor fluidez con el lenguaje<sup>9</sup>.

5. **EVALUACIÓN DE LA EDAD:** En los niños con adopción internacional suele desconocerse la fecha exacta de nacimiento. La malnutrición, los retrasos del crecimiento y la microcefalia que suelen presentar un alto porcentaje de ellos les hace parecer más jóvenes de lo que son. En algunas ocasiones las fechas de nacimiento son falseadas con la esperanza de favorecer el proceso adoptivo ya que muchos padres buscan niños lo más pequeños posible. En niños con dificultades madurativas retrasar la fecha de nacimiento puede darle más tiempo para recibir apoyo educacional. Por otra parte, en algunos niños, el día de su nacimiento es el único referente de identidad que les queda; por ello, ante la necesidad de cambiar dicha fecha se debe hacer como mínimo de un año, manteniendo el día y el mes<sup>9</sup>.

6. **ADAPTACIÓN CON OTROS HERMANOS:** La llegada de un nuevo niño a la familia puede resultar estresante para los otros hermanos. La preparación de los hermanos mayores antes de la adopción es fundamental. Los niños que viajan con sus padres a por el nuevo hermano realizan esta adaptación más fácilmente<sup>2</sup>.

### **Trastornos de conducta, desarrollo y vínculo a largo plazo**

Los niños adoptados, especialmente aquellos que tienen historia de vivencia institucional antes de la adopción, tienen un mayor riesgo de presentar trastornos del desarrollo, de la conducta y del vínculo. Por ello, la conducta, el desarrollo, el apego, el estrés en los padres y las relaciones hijos-padres en estas familias debe ser monitorizada, especialmente durante los primeros años postadopción, ofreciendo la posibilidad de acudir a los servicios especializados de Salud Mental a estos niños y sus familias<sup>11</sup>.

Los pediatras deben trabajar con estos niños y sus familias y deben ser conocedores de la vulnerabilidad de las familias adoptivas, siendo capaces de darles soporte escuchándoles, reconociendo, entendiendo y empatizando con estos niños y sus familias necesitadas.



En un estudio longitudinal realizado por O'Connor et al. sobre 155 niños adoptados procedentes de Instituciones de Rumania (de ellos 144 niños habían vivido exclusivamente en instituciones antes de su adopción) adoptados por familias del Reino Unido con edades menores a 42 meses en comparación con un grupo de 52 niños procedentes de adopción nacional adoptados con edades menores a 6 meses; encontraron que los problemas cognitivos, los trastornos del vínculo, los trastornos de conducta y las conductas cuasi-autísticas se presentaban con mayor frecuencia en los niños que habían estado institucionalizados durante más tiempo<sup>11,12</sup>. (Ver Tabla 1).

**Tabla 1. Estudio niños rumanos adoptados en Reino Unido.**

	<6 m orfanato (n = 58)	6-24 m orfanato (n = 59)	24-42 m orfanato (n = 48)	Adopción nacional <6m (n = 52)
Problemas				
Cognitivos	2.3%	12.0%	32.6%	2%
Trastorno del Vínculo	8.95%	24.5%	33.3%	3.8%
Trastornos de Conducta (TDAH)	13.6%	32.1%	38.6%	9.6%

Por otra parte, en un estudio realizado por Gunnar et al. (2007) encontraron que independientemente de la historia institucional, los niños adoptados con más de 24 meses de institucionalización tuvieron mayor número de problemas de conducta (medidos con la escala Child Behavior Checklist (CBCL)), siendo los niños adoptados provenientes de Rusia o de países de Europa del Este los que presentaban mayor riesgo de desarrollar trastornos de conducta en comparación con los niños adoptados procedentes de otras zonas del mundo<sup>13</sup>.

Miller et al. (2005) realizaron un estudio retrospectivo comparativo sobre 103 niños adoptados evaluados a su llegada a EE.UU. y encontraron que los niños acogidos en familias antes de ser adoptados tenían mejor crecimiento y desarrollo cognitivo que los que residían en orfanatos<sup>14</sup>.

En un estudio retrospectivo realizado en el año 2006 en nuestra Unidad de SMI sobre psicopatía presentada en 18 niños adoptados menores de 14 años, encontramos que: 1) El 61% de estos niños procedían de adopción nacional y el 39% de adopción internacional. 2) En el 44% se encontraron situaciones adversas preadoptivas

(patología psiquiátrica o consumo de tóxicos en los padres, maltrato, negligencia de cuidados o abusos sexuales) y el 50% habían permanecido institucionalizados. 3) La edad de mayor incidencia de estos trastornos fue la preadolescencia (94%) con edad de presentación media de 9 años. 4) No hubo diferencias entre sexos. 5) La psicopatología más frecuente encontrada correspondía a trastornos de conducta (50%), TDAH (16,6%), trastornos cognitivos y del lenguaje (11%) y otros (rechazo de alimentación, trastornos de conversión y somatizaciones y psicosis infantil (22%)). 6) El 95% de los pacientes presentaba comorbilidad entre trastornos de conducta, hiperactividad, trastornos del vínculo y trastornos adaptativos. 7) El 100% recibió tratamiento con psicoterapia y el 55.5% precisó tratamiento farmacológico.

En un meta-análisis publicado en Mayo de 2005 en la revista JAMA (Juffer e IJzendoorn) realizan un completo estudio sobre los trastornos de conducta y la utilización de los servicios de Salud Mental en niños adoptados. En dicho trabajo realizan un revisión de los estudios casos-control realizados y publicados a nivel internacional sobre los trastornos de conducta en las niños adoptados (recogiendo 25281 casos y 80260 controles) y los estudios casos-control en niños adoptados con seguimiento en unidades de Salud Mental (5092 casos y 75858 controles), recogidos desde el año 1950 hasta el 2005<sup>15</sup>.

Los objetivos de dicho meta-análisis fueron varios: 1) comparar los niños adoptados con los no adoptados, 2) comparar la adopción nacional con la internacional y 3) comparar la adopción internacional con el grupo control de no adoptados. Las variables medidas fueron: el sexo, la edad de adopción, la edad de valoración, tiempo con la familia adoptiva en el momento de la valoración y la situación de adversidad previa a la adopción. Se evaluaron los trastornos del comportamiento y la utilización de las unidades de Salud Mental. Para evaluar los trastornos del comportamiento se distinguió entre los problemas totales, los dirigidos hacia el exterior (agresiones, delincuencia, hiperactividad) y los dirigidos hacia el interior (ansiedad, depresión, dificultades de concentración).

Los resultados en el estudio comparativo entre niños adoptados y no adoptados encontraron que en los adoptados aparecían más trastornos de conducta y fueron remitidos a unidades de Salud Mental en mayor número que en el grupo de no adoptados, siendo esta diferencia significativa ( $p < 0,001$ ) en ambos casos.

En dicho estudio encontraron que los adoptados internacionales presentan más problemas de conducta que los





30 niños no adoptados y requieren en mayor medida asistencia en unidades de Salud Mental. Sin embargo, la tasa de trastornos de conducta es modesta, y la mayoría de los adoptados internacionales están adecuadamente adaptados. Estos resultados positivos pueden deberse a las características de las familias adoptantes (altamente motivadas para criar a los niños, más oportunidades de invertir dinero en el desarrollo de sus hijos por un nivel socioeconómico más alto). Sin embargo, las adopciones internacionales, presentan más utilización de los servicios de Salud Mental, esto puede deberse a que el umbral para buscar ayuda profesional puede ser inferior en estos padres, por su nivel socioeconómico, o por las expectativas que tenían puestas en su hijo adoptivo. Los colegios, además, pueden estar más proclives a atender los problemas de conducta de estos niños. Una explicación positiva de los resultados puede ser que la tasa superior de consultas en una unidad de Salud Mental contribuye a disminuir las tasas de trastornos de conducta posteriores<sup>15</sup>.

En contraste a las creencias populares y a las hipótesis expresadas en estudios empíricos, las adopciones internacionales muestran mejores resultados conductistas y de salud mental que las adopciones nacionales. Es posible que las diferencias transraciales en la adopción internacional y las diferencias físicas evidentes hagan dar por obvio que el hecho de la adopción nunca fue un secreto y que aumente la confianza del niño en su familia adoptiva. Por otra parte, en la adopción internacional el motivo de la misma sea por falta de recursos y por situaciones de extrema pobreza en la mayor parte de los casos, sin embargo, en la adopción nacional se pueden ver involucrados otros factores como son los problemas de salud mental o consumo de tóxicos de los progenitores, las situaciones de negligencia en los cuidados, maltrato o abusos sexuales. Los datos positivos para la adopción internacional no deben ser tomados como preferencia a dicha adopción sobre la nacional, ya que en dicho meta-análisis no existen suficientes estudios de casos-control referidos a la adopción nacional<sup>15</sup>.

Los niños adoptados cuestionan más intensamente su identidad en la adolescencia que los niños no adoptados, e incluso en los adoptados internacionales esto puede adelantarse en el tiempo, en parte por las diferencias raciales y culturales entre padres adoptivos y niños adoptados, siendo estos más notorios en la adopción internacional que en la nacional. Algunos problemas de conducta pueden ocurrir en un tiempo diferente a los niños no adoptados. Por ello, los profesionales de la salud deben estar más atentos a los problemas de conducta en familias

con niños adoptados durante los años previos al inicio de la adolescencia<sup>15-17</sup>.

En cuanto a la medición de las variables para la adopción internacional en este estudio encontraron que: 1) en los niños con situaciones adversas preadoptivas aparecieron más problemas de conducta totales y agresiones, delincuencia e hiperactividad, pero no hubo diferencias en cuanto a ansiedad y depresión con respecto a los controles, 2) no se encontraron diferencias entre sexos, 3) en contra de las hipótesis planteadas para la aparición de trastornos de conducta en niños adoptados más tardíamente, no se encontraron diferencias significativas con respecto a los adoptados en los primeros meses o años de edad, 4) en los niños adoptados durante más de 12 años en sus familias adoptivas aparecieron menos problemas de conducta que los que llevaban menos tiempo con sus familias adoptivas y 5) en cuanto al país adoptante (comparando Norteamérica con Europa) encontraron que los niños adoptados en Norteamérica presentaban más problemas de conducta que en Europa, esto puede ser posible en base a las diferencias de aplicación de los criterios diagnósticos, al bajo umbral para el tratamiento, la disponibilidad de mayor número de servicios y a las diferencias en las expectativas de los padres adoptivos con respecto a sus hijos<sup>2,16</sup>.

Por otra parte, Harf A. et al. estudiaron las publicaciones realizadas entre los años 1960 y 2005 publicadas en inglés y francés, revisando 10 estudios y 2 meta-análisis. Encontraron que la prevalencia de trastornos externalizantes de conducta en niños adoptados está aumentada en relación a los no adoptados, aunque esta diferencia es pequeña; siendo los niños adoptados con situaciones de adversidad preadoptiva los que presentaron mayor tasa de trastornos de conducta, por lo que concluyen que la adopción, en sí misma, no es una situación de riesgo en la adolescencia<sup>18</sup>.

En cuanto a la conducta suicida en adoptados en su edad adulta, Von Borczyskowski et al. publicaron un artículo en 2006 en el que advierten del aumento de riesgo de suicidio y de tentativas autolíticas en adoptados internacionales con un Riesgo Relativo (RR) de 4.5 [95%; 3.7-5.5] y RR de 2.8 [95%; 2.2-3.5] en las adopciones nacionales<sup>19</sup>.

Cantor-Graae E. et al. encontraron en un estudio de cohortes que en la adopción internacional existe un aumento del RR de desarrollar esquizofrenia comparado con los nativos de Dinamarca. Aunque las causas subyacentes son desconocidas ya que existe interacción compleja de factores presumiblemente implicados que inclu-



ye la genética, la adversidad vivida previa a la adopción y las dificultades de adaptación postadoptiva durante la educación<sup>20</sup>. Otro estudio realizado por Teilman G. et al. en la misma población encontraron que en los casos de adopción internacional, salvo los procedentes de Corea, presentaban mayor riesgo de presentar pubertad precoz<sup>21</sup>.

En un estudio realizado por Smit EM. et al. hallaron que los niños adoptados y sus padres adoptivos se encontraban más angustiados que los no adoptados durante los ingresos hospitalarios y resaltan la importancia de que los sanitarios conozcan las preocupaciones de los padres sobre la respuesta de sus hijos a la hospitalización y los límites para conocer su historial médico previo<sup>22</sup>.

En un meta-análisis realizado por Juffer F. y vanIjzendoorn MH. encontraron sin embargo, que no existe diferencia entre la autoestima de niños adoptados y no adoptados. Las conclusiones de los autores pueden ser explicadas mediante la resiliencia de los niños adoptados para superar la adversidad<sup>23</sup>. Los mismos autores realizaron un meta-análisis que evaluó el catch-up de estos niños (crecimiento físico, seguridad afectiva, desarrollo cognitivo, logros escolares, autoestima y problemas de conducta). Encontraron que aunque el catch-up fue incompleto en algunas competencias del desarrollo (crecimiento físico y afectivo), los niños adoptados en gran parte se superaron, siendo los niños adoptados antes de los 12 meses de edad los que con mayor proporción alcanzaron su catch-up<sup>24</sup>. Por otra parte encontraron que existe un impacto positivo de la adopción en el desarrollo cognitivo de los niños, pero encontraron un retraso del aprendizaje escolar y en la capacidad del lenguaje<sup>25</sup>. La adopción nacional e internacional puede ser justificada por motivos éticos si no hay otra solución viable. Las personas se adaptan a la adopción y la adopción demuestra la plasticidad del desarrollo de los niños. Concluyen que la adopción es una intervención eficaz<sup>24</sup>.

### Conclusiones

La adopción es un proceso complejo que debe hacerse lentamente y que requiere la adaptación tanto de la familia como del niño.

Los niños adoptados, especialmente aquellos que tienen historia de vivencia institucional antes de la adopción, tienen un mayor riesgo de presentar trastornos del desarrollo, de la conducta y del vínculo. Por ello, la conducta, el desarrollo, el apego, el estrés en los padres y las relaciones hijos-padres en estas familias debe ser monitorizada, especialmente durante el periodo preadoptivo y

los primeros años postadopción, ofreciendo la posibilidad de acudir a los servicios especializados de Salud Mental a estos niños y sus familias.

El periodo preadoptivo es una preparación para los futuros padres adoptivos, siendo un momento decisivo para aclarar sus dudas y replantear la actuación en el proceso adoptivo.

Las familias que adoptan niños mayores necesitan más educación preadoptiva y apoyo postadoptivo ya que los niños que permanecen más tiempo en el orfanato tienen incrementado el riesgo de presentar trastornos de conducta, dificultades escolares y disminución de su capacidad intelectual.

Muchos de estos niños han nacido de madres con embarazos no controlados, con exposición prenatal a drogas, alcohol, tabaco o enfermedades de transmisión sexual (principalmente sífilis), experiencias de maltrato o negligencia en los cuidados del niño, malnutrición, enfermedades infecciosas y otros problemas médicos y muchos de ellos han vivido en residencias u orfanatos. Todos estos factores hacen que el momento inicial de transición en sus nuevas familias adoptivas sea potencialmente dificultoso.

Los niños adoptados cuestionan más intensamente su identidad en la adolescencia que los niños no adoptados, e incluso en los adoptados internacionales esto puede adelantarse en el tiempo, en parte por las diferencias raciales y culturales entre padres adoptivos y niños adoptados, siendo estos más notorios en la adopción internacional que en la nacional. Los problemas de identidad pueden salir a la superficie más temprano en niños adoptados por lo que los profesionales de la salud deben estar más atentos a los problemas de conducta en familias con niños adoptados durante los años previos al inicio de la adolescencia.

Los niños adoptados presentan más trastornos de conducta que los niños no adoptados. Los niños con adopción internacional presentan más problemas de conducta y requieren en mayor medida seguimiento en unidades de Salud Mental que los no adoptados, aunque se encuentran bien adaptados. En la adopción internacional aparecen menos trastornos de conducta que en la adopción nacional.

Los clínicos deben conocer los riesgos que presentan los niños adoptados, tanto a nivel internacional como nacional, en presentar trastornos de conducta, especialmente los que sufrieron situaciones de adversidad, maltrato o abusos en el periodo preadoptivo. Los pediatras deben trabajar con estos niños y sus familias y deben ser



32 concedores de la vulnerabilidad de las familias adoptivas, siendo capaces de darles soporte escuchándoles, reconociendo, entendiendo y empatizando con estos niños y sus familias necesitadas.

**Bibliografía**

1. Johnson, D.E. International Adoption: What Is Fact, What Is Fiction, and What Is Future? *Pediatr Clin North Am.* 2005 Oct; 52 (5): 1221-1245.
2. Miller, L.C. Immediate Behavioral and Developmental Considerations for Internationally Adopted Children Transitioning to Families. *Pediatr Clin North Am.* 2005 Oct; 52 (5): 1311-1330.
3. Selman P. The demographic history of intercountry adoption. In Selman P, editor. *Developments, trends and perspectives.* London: British Agency for Adoption and Fostering; 2000. p 15-37.
4. Jenista, J. A. Special Topics in International Adoption. *Pediatr Clin North Am.* 2005 Oct; 52(5): 1479-1495.
5. Crespo, T; Legaz E; Meseguer, A. La preparación de solicitantes de adopción Internacional. [http://www.gva.es/Conselleria\\_bienestar\\_social](http://www.gva.es/Conselleria_bienestar_social).
6. Chambers J. Preadoption Opportunities for Pediatric Providers. *Pediatr Clin North Am.* 2005 Oct; 52 (5): 1248-1269.
7. Johnson DE. Medical and developmental sequelae of early childhood institutionalization in international adoptees from Romania and the Russian Federation. In: Nelson C, editor. *The effects of early adversity on neurobehavioral development.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associated; 2000. p.113-62.
8. Miller LC. Initial assessment of growth, development and the effects of institutionalization in internationally adopted children. *Pediatr Ann* 2000; 29 (4): 224-32.
9. Schulte EE; Springer SH. Health Care in the First Year International Adoption. *Pediatr Clin North Am* 2005 Oct; 52(5): 1332-49.
10. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, American Academy of Pediatrics. The paediatrician and childhood bereavement. *Pediatrics* 2000, 105 (2): 445-7.
11. Weitzman C; Albers L. Long-Term Developmental, Behavioral and Attachment Outcomes after International Adoption. *Pediatr Clin North Am* 2005 Oct; 52(5):1395-1419.
12. O'Connor TG; Marvin R; Rutter M et al. The English and Romanian Adoptees Study team. Child-parent attachment following early institutional deprivation. *Dev Psychopathol* 2003; 15: 19-38.
13. Gunnar MR, van Dulmen MH. Behavior problems in postinstitutionalized internationally adopted children. *Dev Psychopathol.* 2007 winter; 19 (1): 129-48.
14. Miller L, Chan W, Comfort K, Tirella L. Health of children adopted from Guatemala: comparison of orphanage and foster care. *Pediatrics* 2005 Jun; 115 (6): e710-7.
15. Juffer F, van IJzendoorn MH. Behavior Problems and Mental Health Referrals of International Adoptees. A meta-analysis. *JAMA,* May 2005. Vol 293 (20): 2501-2515.
16. Miller LC. International adoption, behaviour and mental health. *JAMA* 2005 May 25; 293 (20): 2533-2535.
17. Rykkje L. Intercountry adoption and nursing care. *Scand J Caring Sci.* 2007 Dec; 21 (4): 507-14.
18. Harf A, Taïeb O, Moro MR. Externalizing behaviour problems of internationally adopted adolescents: a review. *Encephale.* 2007 May-Jun; 33 (3pt1): 270-6.
19. Von Borczyskowski A, Hjern A, Lindblad F Vinnerljung B. Suicidal

- behaviour in national and international adult adopted study. *Soc Psychiatry Epidemiol.* 2006 feb; 41 (2): 95-102.
20. Cantor-Graae E, Pedersen CB. Risk for schizophrenia in intercountry adoptees: a Danish population-based cohort study. *J Child Psychol Psychiatry* 2007 Nov; 48 (11): 1053-60.
21. Teilmann G, Pedersen CB, Skakkebeck NE, Jensen TK. Increased risk of precocious puberty in internationally adopted children in Denmark. *Pediatrics.* 2006 Aug; 118 (2): e391-9.
22. Smit EM, Delpier T, Tarantino SL, Anderson ML. Caring for adoptive families: lessons in communication. *Pediatr Nurs.* 2006 Mar-Apr; 32 (2): 136-43.
23. Juffer F, van Ijzendoorn MH. Adoptees do not lack self-esteem: a meta-analysis of studies on self-esteem of transracial, international, and domestic adoptees. *Psychol Bull.* 2007 Nov; 133 (6): 1067-83.
24. Van Ijzendoorn MH, Juffer F. The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional and cognitive development. *J Child Psychol Psychiatr.* 2006 Dec; 47 (12): 1228-45.
25. Van Ijzendoorn MH, Juffer F, Poelhuis CW. Adoption and cognitive development: a meta-analytic comparison of adopted and nonadopted children's IQ and school performance. *Psychol Bull.* 2005 Mar; 131 (2): 301-16.



## EL RECHAZO ESCOLAR EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES

G. Canalda Sahli.

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic Universitari. Barcelona

El rechazo escolar no constituye una categoría diagnóstica en el DSM-IV ni en el CIE-10. Los niños con este problema representan un grupo muy heterogéneo. No existe tampoco un consenso sobre este concepto. Inicialmente se emplearon los términos fobia escolar y ansiedad por separación, de manera indistinta para referirse también a este problema. Algunos autores defienden el término rechazo escolar por ser más descriptivo, completo y no implicar una etiología determinada. King y Bernstein<sup>1</sup> definen el rechazo escolar como la dificultad de acudir a la escuela que está asociada a una alteración emocional, especialmente ansiedad y depresión. King, Ollendick y Tonge<sup>2</sup> delimitaron los criterios que han de cumplir, basándose en los ya establecidos por Berg y colaboradores en 1969<sup>3</sup>: **a.** dificultad grave para acudir a la escuela que da lugar a un absentismo prolongado, **b.** alteración emocional grave, excesivo miedo, rabietas, quejas somáticas o sentirse enfermo cuando se enfrenta a la perspectiva de ir a la escuela, **c.** permanecer en casa con conocimiento de los padres cuando debería estar en la escuela y **d.** ausencia de características antisociales. El niño debe estar ausente el 40% del tiempo o más de 4 semanas. Este concepto diferencia el rechazo escolar del absentismo sin conocimiento de los padres o “novillos”, del trastorno de conducta y de conductas antisociales.

Kearney y colaboradores prefieren incluir a una mayor variedad de niños con diferente grado de absentismo y no únicamente a los asociados a alteración emocional. Definen el rechazo escolar como el rechazo motivado por el niño a acudir a la escuela o dificultades para permanecer en ella todo el día. Es un término que incluye muchos subgrupos con absentismo problemático, fobia escolar o rechazo asociado a ansiedad y los novillos. La mayoría de taxonomías del rechazo escolar se basan en las características de los síntomas clínicos. En su lugar, estos autores proponen un modelo funcional que organiza los niños y adolescentes con rechazo escolar según los factores primarios que mantienen dicha conducta: **1.** evitar los estímulos basados en la escuela que provocan afectividad negativa, **2.** escape de las situaciones aversivas sociales y/o de evaluación, **3.** obtener atención de personas signi-

ficativas y **4.** obtener reforzadores tangibles fuera de la escuela<sup>4,5</sup>.

El rechazo escolar ocurre en alrededor del 5% de los niños en edad escolar<sup>1</sup>. Parece ser igual de frecuente en niños que en niñas. Según el concepto defendido por Kearney y col., del 5 al 28% de niños o adolescentes a lo largo del tiempo pueden presentar dificultades graves por un corto o largo periodo (4). Hay dos picos en relación a la edad de inicio, 5-6 años y 10-11 años, coincidiendo con momentos de transición en la vida escolar. Este problema tiene consecuencias importantes a corto plazo, rendimiento escolar deficiente, dificultades familiares y problemas de relación social e interfiere con el desarrollo educacional y social del niño. A largo plazo puede conllevar menores oportunidades de acceder a un mayor nivel educativo, problemas de empleo, dificultades sociales y mayor riesgo de trastorno psiquiátrico posterior<sup>1,4</sup>.

En el rechazo escolar asociado a ansiedad los diagnósticos primarios más frecuentes son la ansiedad por separación, la fobia social y la fobia simple. Muchos niños presentan además otros trastornos comórbidos principalmente ansiedad generalizada. La comorbilidad de trastornos ansiosos y depresivos parece estar asociada a sintomatología más grave. Se sugiere la distinción entre tres subgrupos de niños con rechazo escolar: fóbicos, ansiedad por separación y ansioso-depresivos. Disponemos de poca información sobre el papel de los problemas de aprendizaje y del lenguaje en el rechazo escolar, aunque las dificultades académicas se relacionan con el inicio del absentismo, así como las enfermedades físicas. Tres estudios recientes uno con población general y dos con muestras clínicas, que incluyen absentismo escolar problemático, destacan que los diagnósticos más frecuentes son depresión, trastornos de ansiedad y trastornos de conducta. En el estudio con población general, en el subgrupo de rechazo escolar asociado a ansiedad los diagnósticos más frecuentes eran: depresión (13.9%), ansiedad por separación (10.8%), negativismo desafiante (5.6%) y trastorno de conducta (5%). El 24,5% recibió un diagnóstico. En el subgrupo de novillos, los trastornos más frecuentes eran: trastorno de conducta (14.8%), negativismo desafiante (9.7%), depresión (7.5%) y abuso de sustancias (4.9%). En este subgrupo el 25,4% recibió un diagnóstico. Cabe destacar que un alto porcentaje de niños y adolescentes con rechazo escolar o con absentismo problemático no presentan un trastorno psiquiátrico. Algunos estudios señalan varios patrones de interacción familiar problemáticos que están presentes en las familias de niños con rechazo escolar<sup>1,4</sup>.



34 Dada la gran heterogeneidad en la presentación clínica y las características sociales y escolares de los niños y adolescentes con rechazo escolar la evaluación debería ser multimodal y multi-informantes. Además de la entrevista clínica es recomendable: el empleo de una entrevista semi-estructurada, la evaluación de la gravedad de la sintomatología ansioso-depresiva, la valoración de los factores que mantienen el rechazo escolar, evaluar el funcionamiento familiar, psicoeducativo y del lenguaje, así como revisar la asistencia a la escuela. Entre algunos de los instrumentos específicos es muy útil la School Refusal Assessment Scale (SRAS) de Kearney y Silverman (1990, 1993)<sup>4,5</sup> con versiones para el niño, padres y maestros, que proporciona información sobre las cuatro variables primarias o condiciones funcionales que mantienen el problema. Una evaluación exhaustiva que incluya tanto las formas como las funciones del rechazo escolar proporcionará la información necesaria para una planificación terapéutica individualizada.

Aunque no existe una guía de la AACAP específica para el rechazo escolar, la publicada sobre los trastornos de ansiedad puede ser útil<sup>6</sup>. Algún estudio controlado apoya la eficacia de la intervención cognitiva conductual dirigida concretamente al rechazo escolar asociado a ansiedad<sup>7,8</sup>, así como la eficacia del tratamiento multimodal con intervención cognitivo-conductual y farmacológica<sup>9</sup>. Existen también programas de tratamiento multi-componentes que disponen de manual dirigido a padres y a maestros<sup>2,4</sup>.

Los pocos estudios de seguimiento existentes parecen indicar que a corto plazo los niños y adolescentes siguen manteniendo problemas que requieren intervención terapéutica, disminución del rendimiento escolar, dificultades de relación social y familiar y a largo plazo presentan más consultas psiquiátricas, problemas ocupacionales y de pareja.

Por último se presenta una muestra de 21 pacientes tratados en el hospital de día de adolescentes de nuestro servicio que manifiestan rechazo escolar asociado a ansiedad. Las características clínicas de estos pacientes y su evolución son bastante coincidentes con lo expuesto. Todos ellos han seguido una intervención terapéutica cognitivo-conductual y farmacológica en su mayoría.

### Referencias

1. King, N.J. y Bernstein, G.A. (2001) School refusal in Children and Adolescents: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 197-205.
2. King, N.J., Ollendick, T.H. y Tongue, B.J. (1995). *School Refusal: Assessment and Treatment*. Boston: Allyn and Bacon
3. Berg, I., Nichols, K. y Pritchard, C. (1969). School phobia-its classification and relationship to dependency. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 10, 123-141.
4. Kearney, C.A. (2008) School absenteeism and school refusal behavior in youth: a contemporary review. *Clinical Psychology Review*, 28, 451-471.
5. Kearney, C.A (2007) Forms and functions of school refusal behaviour in youth: an empirical analysis of absenteeism severity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 53-61.
6. AACAP (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 46, 267-283.
7. King, N.J., Tongue, B.J. y Heyne (1998) Cognitive-behavioral treatment of school refusing children: a controlled evaluation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 395-403.
8. Last, C.G., Hansen, C. y Franco, N. (1998). Cognitive- behavioural treatment of school phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 404-411.
9. Bernstein, G.A., Borchardt, C.M., Perwein, A.R., Crosby, R.D., Kushner, M.G. y Thuras, P.D. (2000). Imipramine plus cognitive-behavioral therapy in the treatment of school refusal. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 276-283.



## **INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

**MA. Javaloyes Sanchis**

Clinica Mediterránea de Neurociencias, Alicante.

A pesar de que los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes son un grupo diagnóstico frecuente (cifras de prevalencia entre el 5% y el 18%), sólo una parte de ellos llegan a diagnosticarse, y de éstos solamente un subgrupo recibe intervenciones terapéuticas efectivas. Sabemos sin embargo, que un diagnóstico temprano y una intervención efectiva van a reducir de manera clara el impacto que los trastornos de ansiedad tienen tanto en la esfera académica, como en la social y la familiar. Sabemos también como una intervención exitosa en esta etapa, reduce el riesgo de que la psicopatología se extienda a la etapa adulta (continuidad con cuadros depresivos, consumo de tóxicos y trastornos de ansiedad).

Las intervenciones terapéuticas deben tener siempre una base de evidencia científica clara, que garantice una eficacia clara de éstas. Aunque la evidencia en psiquiatría infantil sigue siendo limitada, en los últimos años se han publicado numerosos trabajos que revisan de forma rigurosa la eficacia de las distintas intervenciones disponibles.

El abordaje en los trastornos de ansiedad es multimodal por naturaleza y según las recomendaciones validadas internacionalmente deben incluir intervenciones psicoterapéuticas (en especial terapia cognitivo-conductual, pero también psicoeducación y terapia familiar), y tratamientos farmacológicos entre los que se encuentran los antidepresivos (sobre todo inhibidores de la recaptación de la serotonina) y ansiolíticos (principalmente benzodiazepinas). La selección sobre la modalidad del tratamiento a seguir debe basarse en la severidad de la sintomatología, la presencia de comorbilidad, la edad del niño y la naturaleza de los factores causales.

Los estudios doble ciego controlados que comparan la eficacia de terapia cognitivo conductual frente a la lista de espera o a la terapia de apoyo, muestran claramente un beneficio de ésta (aproxim. 54% de mejoría vs 12%). La terapia cognitivo conductual puede utilizarse de forma efectiva por encima de los seis años y puede hacerse a nivel individual o grupal (Group coping koala workbook). El objetivo de estas intervenciones es entrenar al niño para que adquiera habilida-

des de afrontamiento, reestructure sus cogniciones y modifique sus conductas con la práctica de nuevos comportamientos (entre ellos técnicas de relajación y respiración y exposición gradual a situaciones que provocan ansiedad).

Existe también evidencia sobre la eficacia añadida si se complementa la terapia cognitivo-conductual con terapia familiar, con el objetivo de entrenar a los padres en estrategias de manejo adecuadas. Esta intervención es especialmente efectiva en niños pequeños y va bajando la eficacia en la infancia tardía y la adolescencia.

Además de las intervenciones psicoterapéuticas son muchas las publicaciones y las revisiones que demuestran la eficacia del tratamiento farmacológico, especialmente cuando el grado de ansiedad es moderado o severo, el impacto de los síntomas en la vida social o escolar es alto, existe comorbilidad asociada, o la respuesta a psicoterapia es limitada. El grupo farmacológico para el que existe un mayor número de publicaciones que demuestran su eficacia son los inhibidores de la recaptación de la serotonina. Los estudios demuestran buena tolerabilidad y una eficacia clara comparando con placebo, sobre todo a corto plazo, recomendándose comenzar a dosis bajas y monitorizar de forma cercana los resultados. Los más utilizados son Fluoxetina, Sertralina, Paroxetina y Fluvoxamina.

La evidencia existente sobre la eficacia y la seguridad de otros grupos farmacológicos como los antidepresivos noradrenérgicos (Venlafaxina y Tricíclicos) o las benzodiazepinas, es mucho más limitada, aceptándose a nivel clínico el uso de estos como segunda línea terapéutica. Los estudios con tricíclicos, muestran una eficacia superior al placebo pero la necesidad de monitorizar la función cardíaca y el riesgo en caso de sobreingesta, limita su utilización. En el caso de las benzodiazepinas, las publicaciones no demuestran una eficacia clara en niños (a diferencia de adultos) y su potencial de abuso hace que las recomendaciones de uso se limiten a periodos muy breves y como coadyuvante de los inhibidores de la recaptación de serotonina o la terapia cognitivo-conductual.

Es importante también evaluar y tratar la comorbilidad asociada al trastorno de ansiedad y, diversos estudios muestran la eficacia de la prevención de los trastornos de ansiedad aplicando intervenciones tempranas en el contexto escolar o entrenando a los padres en estrategias de manejo adecuadas que permitan reducir los niveles de ansiedad en estadios iniciales.



36 Referencias

- 1.- Compton SN, March JS, Brent D, Albano AM, Weersing VR, Curry J (2004), Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43:930Y959
- 2.- Hawkrigde SM, Ipsier JC, Stein DJ. Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. (Protocol) *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. Art. No.: CD005170. DOI: 10.1002/14651858.CD005170.
- 3.- James A, Soler A, Weatherall R. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD004690. DOI: 10.1002/14651858.CD004690.pub2.
- 4.- O'Kearney RT, Anstey KJ, von Sanden C. Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD004856. DOI: 10.1002/14651858.CD004856.pub2.
- 5.- Ollendick TH, March J (2004), Integrated psychosocial and pharmacological treatment. In: *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents*, Ollendick TH, March JS, eds. New York: Oxford University Press.
- 6.- Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2007;46(2):267Y283.,

TRASTORNO DE PÁNICO CON AGORAFOBIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

L. Lázaro García

Servicio de Psiquiatría y psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic Universitari. Barcelona

Aunque inicialmente el trastorno de pánico (TrPa) se consideró como un trastorno de la edad adulta, diversas investigaciones indican que los niños y adolescentes pueden padecerlo<sup>1,2</sup>. Su prevalencia en población general adolescente es de alrededor del 1%<sup>3</sup>, siendo más frecuente en mujeres, fundamentalmente a partir de los 14 años de edad<sup>4</sup>. De todos los trastornos de ansiedad se considera que este es uno de los de inicio más tardío en población menor de 18 años<sup>5</sup>.

Las investigaciones actuales han querido determinar si la naturaleza del pánico es diferente en niños y adolescentes y en adultos. Un punto de interés ha sido el delimitar si los niños tienen capacidad cognitiva para realizar las atribuciones catastróficas características del pánico, como los pensamientos de pérdida de control o de volverse loco. Sabemos que el modelo cognitivo del pánico propone que el TrPa resulta de una interpretación errónea de las sensaciones corporales en forma de peligro infundado. Las interpretaciones que realizan los niños de sus síntomas somáticos varían según sea su etapa de desarrollo. Así los más pequeños piensan que sus sensaciones físicas tienen un desencadenante externo (mi corazón va deprisa porque tengo un examen), mientras que los adolescentes piensan que las sensaciones físicas se relacionan con desencadenantes internos (mi corazón late muy deprisa y estoy perdiendo el control)<sup>5</sup>. De esta forma, los adolescentes podrían desarrollar un TrPa debido a que ya son capaces de realizar las atribuciones catastróficas necesarias para realizar este diagnóstico.

Respecto a la fenomenología, los síntomas fisiológicos descritos por niños y adolescentes son similares a los descritos por los adultos (sensación de disnea, palpitaciones, sudoración, sensación de mareo, náuseas ...). Estos síntomas fisiológicos son más frecuentes que los cognitivos, y estos como se ha mencionado, son más frecuentes en adolescentes que en prepúberes. La única diferencia sintomática entre niños y adolescentes, encontrada en una muestra con TrPa, era la sensación de volverse loco experimentada por los adolescentes y no por los niños<sup>6</sup>.

La información sobre la agorafobia es muy escasa a estas edades, y la aportada proviene de estudios con muestras pequeñas. Un estudio prospectivo en adolescen-



tes indica que en un periodo de 4 años los adolescentes que habían tenido ataques de pánico tenían un alto riesgo para desarrollar agorafobia<sup>7</sup>. Los niños con agorafobia requieren compañía, debido a la intensa ansiedad que ellos experimentan, sobretudo al pensar en estar solos en casa<sup>8</sup>. Cuando existe agorafobia, se ha observado que son frecuentes las conductas de evitación, fundamentalmente en situaciones en las que el entorno que rodea al niño es desconocido. Pero a diferencia de los adultos en los que este trastorno no tratado puede originar un elevado impedimento funcional, en niños y adolescentes no parece existir una alteración significativa de el funcionamiento diario, probablemente debido en parte a una más corta evolución del trastorno y a que la agorafobia y las conductas de evitación no aparecen en muchas ocasiones hasta incluso varios años del inicio del trastorno.

Por otra parte, el hecho de que en muchas ocasiones el diagnóstico de este trastorno tarde en realizarse también está relacionado con la alta tasa de comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, así como con depresión y alteraciones comportamentales<sup>1</sup>. Algunos autores refieren una frecuencia de TrPa del 13%, en una muestra clínica cuyos diagnósticos principales eran fundamentalmente trastornos externalizados (trastorno por déficit de atención con hiperactividad o trastorno negativista desafiante) y otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo<sup>6</sup>. Así, de los 280 pacientes visitados valoraron que 35 de ellos cumplían diagnósticos de trastorno de pánico (no habían acudido por este trastorno). La pérdida de control fue referida por un 40% de estos pacientes mientras que el temor a morir lo refirió un 23%. Por otra parte, más de la mitad de la muestra (54%) refería preocupación por las consecuencias de sus crisis de pánico, mientras que un 51% referían cambios comportamentales secundarios a las crisis, y un 46% referían temor a padecer otra crisis de pánico. Aproximadamente la mitad de estos pacientes cumplían criterios de agorafobia, y estos frecuentemente evitaban quedarse solos en casa o salir a la calle solos.

Con respecto a los antecedentes familiares, los hallazgos de las investigaciones parecen ser claros. Los trastornos de ansiedad en niños se asocian con una elevada tasa de trastornos de ansiedad en padres, especialmente en la madre. Existen estudios que refieren que hijos de padres con TrPa tienen mayor riesgo de TrPa y agorafobia. Además, los padres con TrPa, normalmente tienen elevadas tasas de comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo y es esta mayor comorbilidad de trastornos la que parece ser un factor de riesgo para el inicio precoz de TrPa en los hijos, habiéndose constatado

últimamente este hecho en hijos de padres con TrPa y trastorno bipolar comórbido<sup>9</sup>.

### Bibliografía

1. Birmaher B, Ollendick TH (2004). Childhood-onset panic disorder. In: Ollendick TH, March JS (eds). Phobic and anxiety disorders in children and adolescents. Oxford University Press, New York, pp 306-333.
2. Ollendick TH, (1998). Panic disorder in children and adolescents: new developments, new directions. *J Clin Child Psychol* 27: 234-245.
3. Essau CA, Conradt J, Petermann F (1999). Frequency of panic attacks and panic disorder in adolescents. *Depress Anxiety* 9: 19-26.
4. Kessler RC, Wang PS (2008). The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annu Rev Public Health* 29: 115-129.
5. Nelles WB, Barlow DH (1988). Do children panic?. *Clin Psychol Rev* 8: 359-372
6. Doerfler LA, Connor DF, Volungis AM, Toscazo PF (2007). Panic disorder in clinically referred children and adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev* 38: 57-71.
7. Wilson KA & Hayward C (2005). A prospective evaluation of agoraphobia and depression symptoms following panic attacks in a community sample of adolescents. *J Anx Disord* 19: 87-103.
8. Biederman J, Faraone SV, Marris A, Moore P, Garcia J, Ablon S, Mick E, Gershon J, Kearns ME (1997). Panic disorder and agoraphobia in consecutively referred children and adolescents *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 214-223.
9. Biederman J, Petty C, Faraone SV, Hirshfeld-Becker DR, Henin A, Dougherty M, LeBel TJ, Pollack M, Rosenbaum JF (2005). Parental predictors of pediatric panic disorder/agoraphobia: a controlled study in high-risk offspring. *Depress Anxiety* 22: 114-120.





## 38 FACTORES PRONÓSTICOS Y EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO

MJ. Mardomingo Sanz

Jefa de Sección de Psiquiatría y Psicología Infantil. Hospital G.U. Gregorio Marañón, Madrid. Profesora Asociada de la Universidad Complutense.

### Introducción

El suicidio de los niños y adolescentes ha dejado de ser un tema tabú que quedaba confinado en el secreto de la familia y era abordado casi de forma exclusiva por la religión. El suicidio y los intentos de suicidio son actualmente un problema médico y psiquiátrico de primer orden, y desde luego, un problema humano y social (Mardomingo, 1994) (Mardomingo, 1997). Tres circunstancias sitúan los comportamientos suicidas de niños y los adolescentes en el centro de interés de la medicina y la psiquiatría:

1. Las tasas de prevalencia del suicidio y de los intentos de suicidio han aumentado de forma progresiva a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, de tal forma que el suicidio es la tercera causa de muerte en la adolescencia.
2. Los intentos de suicidio son el precedente más seguro de que el suicidio se consume y, por tanto, las medidas de prevención y tratamiento deben centrarse en esta fase del problema.
3. Los estudios de seguimiento de los niños y adolescentes que han intentado suicidarse, ponen de manifiesto la amplitud y profundidad de los problemas que sufren, y cómo estos problemas permanecen a lo largo de los años, limitando su vida personal, académica y laboral.

### Características clínicas

El suicidio y los intentos de suicidio son uno de los motivos más frecuentes de consulta y urgencia médica (Mardomingo y Catalina, 1992) y llama la atención: la frecuencia de enfermedades psiquiátricas asociadas que sufren los pacientes (Catalina y Mardomingo, 1997); el curso clínico desfavorable de un porcentaje elevado de casos (Catalina, et al, 1998a) (Catalina et al, 1998b); y la complejidad de los factores familiares y sociales que parecen estar implicados.

El suicidio se define como el acto de quitarse la vida y consiste en toda acción autoinfligida con este fin. El intento de suicidio es el acto por medio del cual un indi-

viduo, de forma deliberada, se inflige un daño a sí mismo sin resultado de muerte, independientemente de si existe deseo e intención de morir o no. Algunos autores sostienen que el deseo de morir debe formar parte inexcusable del intento suicida, denominándose gesto suicida cuando no existe. Sin embargo la dificultad de evaluar la intención de muerte de forma objetiva, y más aún en los niños y adolescentes, y las grandes discrepancias que suelen darse entre la opinión de los profesionales y la de los propios pacientes, con amplísimos márgenes de error, hace recomendable optar por la primera definición. Los intentos de suicidio también se denominan parasuicidio, actos autolíticos y gestos autolíticos, lo cual probablemente sólo sirve para crear confusión y para que no exista una terminología común.

La ideación suicida abarca una amplia gama de pensamientos, imágenes e ideas, bien de carácter general, “la vida no merece la pena”, “la vida no tiene sentido”, o bien de carácter concreto, con planes de suicidio y amenazas formuladas verbalmente o por escrito. La ideación suicida implica siempre un riesgo de suicidio que debe considerarse grave cuando existe patología psiquiátrica asociada o cuando el medio familiar es conflictivo e incapaz de proporcionar apoyo emocional al niño.

Los estudios epidemiológicos sobre el suicidio y los intentos de suicidio son en general poco fiables y se tiene la impresión generalizada de que las cifras reales son mucho más altas. Tres circunstancias contribuyen a esta situación:

1. La tendencia de la familia y de la sociedad a negar los comportamientos suicidas unida a la dificultad de algunos padres para aceptar un hecho tan doloroso como el deseo de muerte de un hijo.
2. Los niños y adolescentes, y también los adultos, ocultan el intento de suicidio y las ideas de muerte. De hecho un 60% de los niños y jóvenes no informan a la familia (Walter et al, 1990) bien por temor al castigo, bien para evitar el sufrimiento de los padres, y otras veces, por la falta de diálogo y comunicación que existe en el medio familiar.
3. La frecuencia con que se diagnostica de intoxicación y de accidente lo que ha sido un intento de suicidio y se tiende a minimizar las conductas suicidas considerándolas como actos impulsivos encaminados a manipular el medio ambiente y a obtener beneficios.

Se calcula que el suicidio representa el 2% de todas las causas de muerte y es la segunda causa de muerte en la adolescencia.

Los estudios en jóvenes de 15 a 24 años dan unas tasas



de suicidio que oscilan entre el 1,1 y el 17,2 por 100.000 para ambos sexos, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (Andrews y Lewinsohn, 1992) (Marttunen et al, 1991), siendo muy superiores las tasas en los varones (61 por 100.000) frente a las mujeres (5 por 100.000). El suicidio es mucho menos frecuente en los niños menores de 14 años, pero en algunos países como Hungría alcanza un 2,5 por 100.000.

Así como el suicidio es más frecuente en los hombres que en las mujeres, con una proporción de 10 a 3, los intentos de suicidio son más frecuentes en las chicas, que superan a los varones en una proporción de 9 a 1. Por lo tanto, las chicas intentan suicidarse más veces que los chicos, pero lo logran menos, mientras que los chicos utilizan métodos más contundentes y lo logran más (Mardomingo y Catalina, 1992).

Las ideas de suicidio, las amenazas de llevarlo a cabo, los planes para suicidarse y los actos que se traducen en un intento o en un suicidio consumado, constituyen los síntomas cardinales del fenómeno suicida. Esta sintomatología fundamental suele acompañarse de la propia de otros trastornos psiquiátricos que con tanta frecuencia se asocian al suicidio. De hecho, en torno al 50% de los niños y adolescentes que intentan suicidarse, o lo logran, sufren trastornos afectivos y del comportamiento y consumen alcohol y drogas.

### Trastornos comórbidos

Los adolescentes que se suicidan o que intentan hacerlo se caracterizan porque sufren con frecuencia otros trastornos psiquiátricos asociados (Catalina y Mardomingo, 1997) (Andrews y Lewinsohn, 1992) (Marttunen et al, 1991). Los trastornos afectivos son los más frecuentes, de tal forma que la depresión mayor y la distimia se dan en el 16-82% de los intentos de suicidio y en el 30-63% de los suicidios consumados. Se observa además, que la prevalencia de depresión mayor y de trastorno bipolar en los familiares de primer y segundo grado es mayor que en la población general (Brent et al, 1988).

Los trastornos de conducta y los trastornos de personalidad, constituyen la segunda patología asociada más frecuente (Catalina y Mardomingo, 1997) (Runeson, 1989), seguida del consumo de alcohol y otras drogas. La asociación de trastorno afectivo, TDAH, trastorno de conducta y consumo de drogas, es un factor de alto riesgo de suicidio. Estas patologías tienen en común la impulsividad, la desinhibición y la agresividad, características que en sí mismas aumentan el riesgo de muerte (Brent et al, 1998). Los trastornos de ansiedad se dan en

el 16-38% de los intentos de suicidio y en el 4-22% de los suicidios consumados. Por lo que se refiere a la esquizofrenia, destaca su mayor frecuencia en los niños que intentan suicidarse, un 15%, mientras que en los adolescentes que cometen suicidio se da en el 0-6% (Pfeffer et al, 1992).

### Curso clínico y pronóstico

Los estudios longitudinales de niños y adolescentes con intentos de suicidio son muy escasos y sin embargo son fundamentales para comprender mejor la verdadera naturaleza de la sintomatología suicida. La mayoría de los trabajos abordan los factores de riesgo de que el intento se repita, el suicidio se consume o se produzca otro tipo de muerte violenta. Son muchos menos los trabajos que se centran en el estudio de la adaptación personal y social de los pacientes, los trastornos psiquiátricos a lo largo del período de seguimiento y las características de los intentos de suicidio que pueden predecir su evolución.

La mayoría de los trabajos detectan que la muerte por suicidio o por causas no naturales es más frecuente en los adolescentes y jóvenes con antecedentes suicidas que en la población general, y este riesgo es particularmente intenso a lo largo del primer año de haberse cometido el intento (Otto, 1972) (Kotila y Lönqvist, 1989a) (Kotila y Lönqvist, 1989b) (Sellar et al, 1990). La probabilidad de muerte es mayor en los varones (Kotila y Lönqvist, 1988), cuando no existe un motivo desencadenante (Otto, 1972) (Kotila y Lönqvist, 1989a) (Kotila y Lönqvist, 1989b), cuando existe patología afectiva, consumo de alcohol y drogas, trastorno de conducta y conductas antisociales (Shafii et al, 1985) (Brent et al, 1988) (Brent et al., 1993) (Kotila y Lönqvist, 1989a) (Kotila y Lönqvist, 1989b) (Marttunen et al., 1991) (Agüero et al, 1994) y cuando se ha repetido varias veces el intento de suicidio (Otto, 1972).

El estudio de la adaptación personal, laboral y social de los pacientes es uno de los aspectos que puede ayudar más y mejor a la comprensión del fenómeno suicida, y éste es el tema central de esta ponencia, así como la posible relación entre los trastornos psiquiátricos que tenían en el momento del intento y aquellos que se han manifestado a lo largo del periodo de seguimiento. La edad en que se produjo el intento de suicidio y las características del mismo son también aspectos fundamentales del pronóstico y la evolución (Mardomingo et al, 1994).

A lo largo de un periodo de 8-10 años los niños y adolescentes que han cometido un intento de suicidio tienen



40 muchas más dificultades de adaptación personal, familiar y laboral que aquellos que no cometen intentos de suicidio (Catalina et al, 1998b) y sufren más trastornos psiquiátricos (Catalina et al, 1989a). Un 29% ha tenido serios problemas en la convivencia familiar y ha abandonado la familia de origen, lo cual sólo sucede en el 4% del grupo de comparación. Asimismo las relaciones interpersonales fuera del grupo familiar son inestables o ausentes en el 33% de los casos, frente al 0% del grupo control. Ambas variables son estadísticamente significativas y diferencian muy claramente a ambos grupos de sujetos. En el ámbito académico y laboral los sujetos con comportamientos suicidas abandonan antes los estudios - un 25% no termina los estudios primarios- alcanzan un nivel educativo menor, tienen trabajos menos cualificados, con escasa estabilidad, y se sienten insatisfechos con lo que hacen (Carolina et al, 1998b).

Otro dato revelador es la frecuencia de trastornos psiquiátricos, de tal forma, que si en el momento del intento de suicidio un 87% sufre un trastorno psiquiátrico, a lo largo del periodo de seguimiento lo presenta un 54,4%. Los diagnósticos más frecuentes son: trastornos de personalidad, trastornos afectivos y dependencia del alcohol, patologías que también se han relacionado con la repetición de intentos de suicidio en adultos. El diagnóstico de trastorno afectivo es el más estable a lo largo del tiempo (Mardomingo et al, 1994; Catalina et al, 1998b).

Son factores de mal pronóstico a largo plazo la ausencia de un factor desencadenante claro, la menor edad del niño cuando realiza el primer intento de suicidio, la presencia de Trastorno de déficit de atención e hiperactividad, el consumo de drogas y las relaciones interpersonales insatisfactorias e inestables.

De acuerdo con estos resultados, los intentos de suicidio de los niños y adolescentes deben considerarse como un factor de riesgo elevado de sufrir patología psiquiátrica en los años subsiguientes y de tener dificultades de adaptación personal, familiar y laboral en la vida adulta.

### Bibliografía

(Agüero et al., 1994). Agüero A, Catala MA, Hernandez M, Cuquerella MA, Llorens P, Perez F, Agüero C.: Estudio de las tentativas suicidas en adolescentes con trastornos psiquiátricos. Libro de Ponencias del VII Congreso Nacional de Psiquiatría Infanto-Juvenil Madrid 1994.

(Andrews y Lewinsohn, 1992). Andrews JA, Lewinsohn PM. Suicidal attempts among older adolescents: Prevalence and cooccurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat*, 1992, 31:655-662.

(Brent et al., 1993). Brent D, Perper J, Moritz G et al.: Psychiatric risk factors for adolescents suicide: A case control study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1993; 32:521-529.

(Brent et al., 1998). Brent D, Perper J, Goldstein C et al.: Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry*, 1988; 45:581-588.

(Catalina et al., 1998a). Catalina ML, Hernández P, Mardomingo MJ: Patología psiquiátrica asociada a los intentos de suicidio en niños y adolescentes. Estudio prospectivo de 6-10 años. *Archivos de Neurobiología*, 1998a; 61: 133-148.

(Catalina et al., 1998b). Catalina ML, Mardomingo MJ, Hernández P: Adaptación familiar, social y laboral de los niños y adolescentes con comportamientos suicidas: Estudio prospectivo a los 6-10 años. *Revista Psiquiatría Facultad Medicina Barcelona*, 1998b; 25:3-9.

(Catalina y Mardomingo, 1997). Catalina ML, Mardomingo MJ: Patología psiquiátrica asociada a los intentos de suicidio. *Rev. Psiquiat Infanto-juvenil*, 1997; 1:17-20.

(Kotila y Lönnqvist, 1988). Kotila L, Lönnqvist J: Adolescent suicide attempts: Sex differences predicting suicide. *Acta Psychiat. Scand*, 1988; 77:264-270.

(Kotila y Lönnqvist, 1989a). Kotila L, Lönnqvist J: Age-specific characteristics of attempted suicide in adolescence. *Acta Psychiatr Scand*, 1989, 79:436-443.

(Kotila y Lönnqvist, 1989b). Kotila L, Lönnqvist J: Suicide and violent death among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiat Scand*, 1989; 79:453-459.

(Mardomingo y Catalina, 1992). Mardomingo MJ, Catalina M L: Intentos de suicidio en la infancia y adolescencia: características epidemiológicas. *An Es Pediatr*, 1992; 37:29-32.

(Mardomingo y Catalina, 1994). Mardomingo M J, Catalina M L, Hernández P: Curso clínico de los intentos de suicidio: Seguimiento longitudinal a lo largo de ocho años. Libro de ponencias VII Congreso de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 1994, 71-88.

(Mardomingo, 1994). Mardomingo MJ: Suicidio e intentos de suicidio. En: MJ Mardomingo: *Psiquiatría del niño y del adolescente. Método, fundamentos y síndromes*. Madrid, Díaz de Santos, 1994: 499-519.

(Mardomingo, 1997). Mardomingo MJ: El suicidio en la adolescencia. Razón y Fe, 1997; 1170:43-53.

(Marttunen et al., 1991). Marttunen M, Aro H, Henriksson M et al: Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13 to 19 years olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry*, 1991; 48:834-839.

(Marttunen et al., 1991). Marttunen M, Aro H, Henriksson M et al: Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13 to 19 years olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry*, 1991; 48:834-839.

(Otto, 1972). Otto U: Suicidal acts by children and adolescents: A follow up study. *Acta Psychiat. Scand. (Suppl)*, 1972; 233:123-127.

(Pfeffer et al., 1992). Pfeffer C, Peskin J, Siefker C: Suicidal children grow up: Psychiatric treatment during follow-up period. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1992, 31:679-684.

(Runeson, 1989). Runeson B: Mental disorder in youth suicide. DSM-III-R axes I and II. *Acta Pshchiatr Scand* 1989;79:490-497.

(Sellar et al., 1990). Sellar C, Hawton K, Goldacre J: Self-poisoning in adolescents. Hospital admissions and deaths in the Oxford region 1980-1985. *Br J Psychiat*, 1990; 156:886-870.

(Shafii et al., 1985). Shafii M, Carrigan S, Whittinghill JR, et al.: Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescence. *Am J Psychiat*, 1985; 142:1061-1064.

(Walter et al., 1990). Walker M, Moreau D, Weissman MM: Parent's awareness of children's suicide attempts, 1990; 147:1364-1366.



## DE LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA EN APEGO, VÍNCULO Y SU PSICO(PATO)LOGÍA: ¿LOS PROBLEMAS SON PEQUEÑOS?

**J.L. Pedreira Massa**

Psiquiatra y Psicoterapeuta de la Infancia y la Adolescencia. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Universidad Autónoma de Madrid. Máster en Calidad Asistencial de Servicios Sanitarios. Premio de Investigación de la Organización Internacional para la Capacitación e Investigación Médica

### Introducción

La Oficina Europea de Salud Mental de OMS-Europa convocó un comité de Expertos a principios de los años noventa del siglo pasado para abordar la importancia de la promoción del desarrollo psicosocial de los primeros cinco años de vida, en ese grupo, al que tuve el honor de ser invitado y formar parte, se consensuaron tipos de trabajo y formas de abordar la promoción del desarrollo psicosocial en la primera infancia, destacando que: “un desarrollo psicosocial apropiado será decisivo para conseguir no solo la obtención de habilidades individuales para afrontar con éxito las fuentes de estrés, sobre todo las que se originan en el entorno social y ecológico, sino que también es una ayuda para resistir las presiones que pueden surgir para adoptar conductas que atenten contra la salud”. La Asociación Española de Psiquiatría Infantojuvenil dedicó una Ponencia oficial en la XL Reunión, celebrada en Gijón, al tema y constituyó un número extraordinario en la Revista de la Asociación, con participaciones tan importantes como interesantes.

Por ello es de especial significación dedicar, de nuevo, tiempo científico a este tema. Un tema árido, difícil y lleno de sutilezas clínicas, donde las clasificaciones al uso “hacen agua” resultando ser inadecuadas, inapropiadas, confusas y su utilización indiscriminada, en muchos casos, podrían estimular la estigmatización o, lo que es peor, el yatrogenismo con apariencia de pseudo-ciencia.

### Conceptos de partida

Aclaremos que para nosotros el concepto de vulnerabilidad tiene contenidos psicobiológicos, constituyendo la matriz fundamental de lo que Ajuriaguerra denominó, con gran acierto: “factor terreno”. Entre sus contenidos básicos se encuentra el temperamento, también de base constitucional y psicobiológica y que representa una forma de oferta en la relación por parte del bebé que recibe una respuesta interactiva desde la figura de apego.

Los factores de riesgo se constituyen con fundamentos

psicosociales y se van configurando de forma dinámica a lo largo de todo el desarrollo humano, pero con especial énfasis en la primera infancia. De ámbito psicosocial también es el carácter, basado en la experiencia y la vivencia y que modulará y modelará, si así lo consigue, los rasgos temperamentales.

Cada vez con más insistencia se hace referencia a la necesidad de investigar acerca de los factores protectores que consiguen atemperar o contrarrestar los factores de riesgo. Una dimensión muy específica y en auge lo representa un concepto formulado en 1984 por Rutter: “Resiliencia”, que es un concepto con componentes constitucionales psicobiológicos difíciles de predecir y un componente psicosocial que se podría definir, aunque con dificultad, según especificó el propio autor en 2006 en Madrid. Esta resiliencia (en castellano es más apropiado decir “resistencia”, tanto por su origen de la física energética como por los componentes del concepto) podría ser definida como aquellas características que presenta un sujeto determinado por las que es capaz de no padecer un trastorno mental cuando es sometido a situaciones similares de riesgo o agresión que otro sujeto que, en situaciones similares, padecería un proceso psicopatológico. Pero esta capacidad de resiliencia es algo más que una adaptación o sumisión a estas noxas.

Durante el periodo de la primera infancia, por lo expresado hasta ahora, es el tiempo idóneo para realizar actividades de promoción del desarrollo psicosocial, que incluyen facetas individuales en las actividades sociales y plantean los factores sociales que conforman la respuesta individual, poniendo de relieve la interacción entre todos estos factores y la complejidad del desarrollo humano. Los cinco primeros años es la etapa del desarrollo humano en el que se inicia, se desarrolla y se consolida el proceso de vinculación, con énfasis en las conductas de apego y la importancia de las figuras de apego y su jerarquización, que tendrán un gran impacto en los vínculos para otras etapas de la vida, como publicaciones aparecidas en los últimos diez años así lo manifiestan.

Las interacciones precoces resultan ser de capital importancia, pues de las que aparecen y se desarrollan en el seno de la familia, tras evolucionar, se consigue la generalización social, en cuanto a patrones específicos en el contenido de esas interacciones. Se adquiere, de este modo, una forma particular en la expresión de los conflictos en la relación y en la interacción, desde organización psicosomática de las etapas más precoces (etapa psicomotriz) a la emocional, pasando por los perfiles más comportamentales (etapa pre-operatoria y operatoria). De



42 igual forma se encaran los procesos de aprendizaje individual y social, que establece el tránsito desde el lenguaje ligado al habla (obtención de fonemas y palabras, primeras frases) al aprendizaje reglado, con el valor añadido de establecer el proceso de sociabilización en la escuela. Especial importancia va adquirir el control de impulsos y canalización de la agresividad, muy ligado al temperamento (componente psico-orgánico tal como expresamos con anterioridad), cuya expresión funcional va desde el control esfinteriano y los hábitos higiénicos a los procesos de racionalización y sublimación o a conductas francas de agresión. La función del límite y la Ley, como modulador de los deseos individuales, que va desde la prohibición externa a la norma moral interiorizada es una de las características básicas para modular la frustración y responder ante su aparición.

**Dificultades de las investigaciones en la primera infancia**

1. Factores dependientes del proceso:
  - a. Los síntomas son inespecíficos y mutables, presentando una peculiar mezcla de aspectos propios de la etapa de desarrollo y síntomas claramente patológicos.
  - b. La interacción entre los factores bio-psico-sociales es muy patente.
  - c. Existe de forma más evidente la prolongada dependencia del contexto familiar para subvenir sus necesidades.
  - d. Escaso nivel de desarrollo del lenguaje para expresar sus demandas.
2. Factores dependientes del sujeto:
  - a. Muchos síntomas y/o factores de riesgo y/o signos de alarma que pueden interpretarse como desviados o francamente patológicos no es extraño que puedan aparecer en algunas etapas del desarrollo normal.
  - b. La excesiva y prolongada dependencia del contexto familiar unido al escaso nivel de desarrollo del lenguaje, origina que la connotación venga dada desde fuera del sujeto.
  - c. Existen factores psico-biológicos o de vulnerabilidad que interactúan con factores psico-sociales o indicadores de riesgo de forma estrecha.

3. Factores dependientes de la metodología:
  - a. Dificultad para la definición de caso, ya que no existe un sistema categorial ni dimensional propio para estas etapas del desarrollo lo suficientemente consensuado a nivel internacional, a pesar de existir diversos intentos que han resultado escasamente consistentes, hasta el momento actual.
  - b. Las negativas a participar en procesos de investigación son mayores que en otras etapas de la vida, por lo que la selección muestral tiene dificultades relevantes.
  - c. Los instrumentos de evaluación comportamental y psicopatológica no están lo suficientemente estandarizados ni se usan de forma tan generalizada como en otras etapas del desarrollo humano.
  - d. La aparición de sesgos es demasiado frecuente, como consecuencia de todo lo precedente.

De la interacción de los factores anteriormente expuestos tanto del trastorno, como del sujeto y de la propia metodología de investigación empleada, podemos deducir que un trastorno o un grupo de ellos pudiera tener diferentes significaciones e interpretaciones dependiendo del nivel cultural del contexto en el que se desarrolla el niño, de la capacidad de tolerancia del entorno hacia la conducta infantil, de la capacidad de contención de las ansiedades por parte de las figuras parentales, de la etapa del desarrollo del niño y de su temperamento, de la edad cronológica real y, en su conjunto, de las experiencias

**Influencias causales en el comportamiento infantil**



Fuente: H. Van Engeland (1989)

Tabla 1



previas tanto del contexto como del propio niño. El resumen de estas interacciones complejas en la determinación del comportamiento infantil lo recogió un grupo de expertos de la OMS y que Van Engeland lo recogió en la Tabla I.

Hay tres peligros potenciales que en la primera infancia es muy preciso no perder de vista, sobre todo a la hora de pasar de la investigación a la práctica asistencial, en los términos que expresa Rutter, estos tres contenidos para tener presente son los siguientes: El establecimiento y la suspensión de la demanda dependen en exclusiva de las figuras parentales (por lo que hay que tener muy presente el daño narcisista, potencial y real, que hacia el desempeño de su función representa el hecho de solicitar ayuda en una consulta a un especialista). En segundo lugar, la proliferación, a veces, indiscriminada y descontextualizada de recursos con coberturas parciales (p.e. algunos diseños de servicios de atención temprana) que no solucionan el problema inicial para el que habían sido creados y, en ocasiones, pueden agravarlo o provocar yatrogenia. Por fin, un peligro grave es cuando las crisis y acontecimientos vitales aparecen de forma sintónica y coincidente temporalmente con contenidos de la etapa del desarrollo (p.e. separaciones reales (de la habitación o asistencia a la guardería) en épocas de la ansiedad del extraño entre los 8-18 meses de vida).

### **El proceso de vinculación y las interacciones madre-bebé**

Al final del primer año: casi todos los lactantes han establecido un lazo y les resulta dolorosa la posibilidad de su ruptura. No hay que olvidar que el apego es un impulso primario en el seno del proceso de selección natural, por lo tanto no es una conducta aprendida. Sabemos que el apego es el método conductual más eficaz para las especies animales, tal como demostró Lorenz, y se basa en la proximidad física, siendo más relevante la calidad en la interacción que la cantidad de tiempo. También sabemos que la afectividad positiva se asocia con un apego seguro desde lactancia hasta, al menos, los 3 1/2 años.

Si importante son las conductas de apego y el sistema del proceso vincular, no debemos olvidar que este hecho nos sitúa ante la posibilidad de la separación de la figura de apego o bien de su pérdida. Ante esta posibilidad o hecho real aparecen una serie de etapas en el niño que ya fueron descritas por Spitz en los niños hospitalizados y confirmadas por estudios posteriores (Bowlby, Stern, Sameroff & Ende). En primer lugar aparece la fase de

"ira", en ella el niño protesta con llanto, y se le observa una búsqueda del progenitor. Tras esta etapa aparece la fase de "desesperación" caracterizada fundamentalmente por la inmovilidad y la apatía. Por fin aparece la fase de "desapego", se reanudan las actividades por parte del niño, y ante la presencia de la figura de apego el niño no hace esfuerzos por emitir respuesta alguna que denote su presencia.

El proceso de vinculación pone en juego la interacción de tres tipos de personajes:

1. Las cualidades maternas para definir el apego: clásicamente se han agrupado en pares contrapuestos:
  - Sensibilidad-insensibilidad
  - Aceptación-rechazo
  - Cooperación-interferencia
  - Accesibilidad-descuido
2. Las cualidades del temperamento del bebé nos definen el tipo de respuesta que el bebé realiza ante las conductas y cualidades maternas, estas características temperamentales nos demuestran:
  - El bebé irritable, en general, resulta ser un bebé menos estimulado que el bebé tranquilo.
  - El estudio de las competencias del bebé, desde los iniciales estudios de Brazelton, nos aportan que en los bebés que esperan un rechazo se han observado la presencia de conductas de evitación hacia sus cuidadores.
  - Las conductas de evitación, del tipo moverse, apartar la mirada, son formas activas del bebé para no responder a los estímulos.
3. Función de la parentalidad: Clásicamente se estudiaba la interacción entre la figura materna y el bebé, pero hoy conocemos la importancia de la figura paterna y fundamentalmente en dos aspectos: Sostén emocional, afectivo y social hacia la madre y la posibilidad de sustitución de la figura materna en el cuidado y estímulo del bebé.

Sameroff (1989); Bowlby (1981); Stern (1990) han sistematizado las interacciones madre-bebé de forma práctica y psicopatológica. Conciben a estas interacciones, claves para establecer conductas de apego y desarrollar el proceso de vinculación, como fenómenos dinámicos que se desarrollan en un tiempo determinado entre el lactante y la figura materna, se influyen mutuamente en un proceso continuo y permanente de desarrollo y de intercambios. Estas interacciones madre-bebé pueden ser de tres tipos:

1. Interacciones comportamentales, son aquellas en que los comportamientos de ambos miembros de la



**Evaluación de la intensidad de la conducta de apego según etapas del desarrollo precoz**

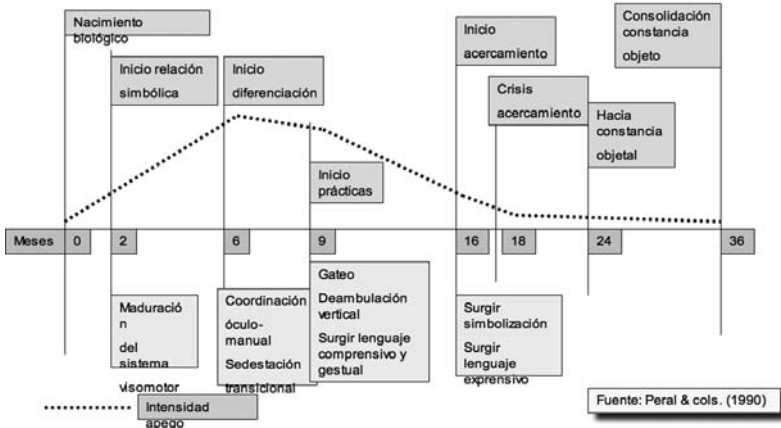


Figura 1

**Propuesta de circuito neural para la emoción**

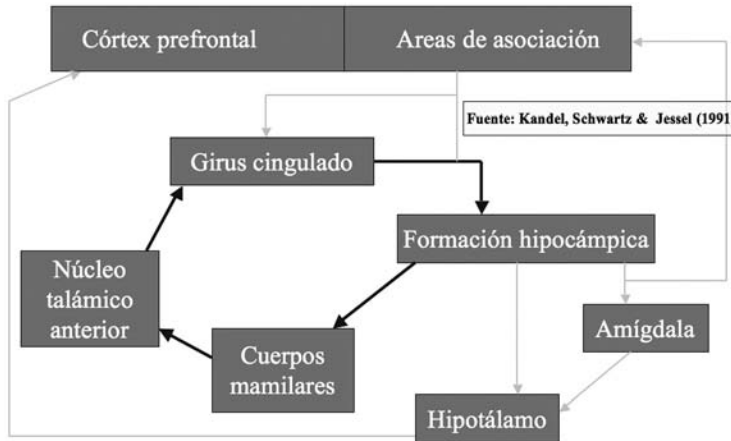


Figura 2

diada tienden a armonizarse. La observación es una técnica para constatarlas y evaluarlas, siendo sus expresiones más claras las siguientes:

- Interacciones corporales: holding, handling, diálogo tónico, ajuste postural.
- Interacciones visuales: distancia ideal, tiempos de mirada recíproca, sentimientos de “ser reconocido”, capacidad de diferenciación.
- Interacciones vocales: lenguaje del bebé (p.e. gor-

jeos, diferentes tonalidades del llanto) y la significación/respuesta que le da la figura materna.

- Comportamientos de ternura: valor del gesto y la mímica, del tono vocal.
- 2. Interacciones afectivas determinadas por las influencias mútuas de la vida emocional de ambos componentes de la diada.
- La evolución de las interacciones afectivas: “baño de afecto”, organizadores del yo, “pensar las emociones”, cambios en la evolución de lenguaje materno.
- Armonización de los afectos: “anudamiento afectivo”, reproducción cualitativa de estados afectivos del otro.
- Referencia social: Información emocional, proceso de diferenciación.

3. Interacciones fantasmáticas, vienen definidas como las influencias recíprocas de la vida psíquica de la figura materna y el bebé, que se encuentran en diferente estado de desarrollo y con un proceso mental distinto.

- El valor del niño imaginado: construcción de “su” niño durante todo el proceso de embarazo, diálogo con el feto que mantiene la figura materna, confrontación niño real-niño imaginado al momento del nacimiento y establecer cual de los dos “sobrevive” simbólicamente.

- Protorre-presentaciones del bebé: capacidad de anticipación del bebé, comunicación no verbal, “lanzar” objetos, los primeros juegos.

El grado de intensidad del apego según su evolución a lo largo del tiempo, se esquematiza en la Fig. 1, donde se puede observar que el nivel máximo de apego se encuentra entre los 6-18 meses, estabilizándose después. A partir de los 36 m ya se establece el nivel idóneo y el tipo funcional de ese apego

que definirá el proceso de vinculación y que se ha ido estructurando durante esos 36 primeros meses de vida. Las bases neurobiológicas del apego y, en consecuencia, la “modulación” de la respuesta neurobiológica del proceso vincular y de su funcionamiento a la hora de establecer la respuesta, lo sistematiza Kandel & cols. (Fig. 2), este grupo de autores reconoce a la relación entre girus cingulatum, formación hipocámpica, cuerpos mamilares y núcleo talámico anterior, dominada por la acción de la



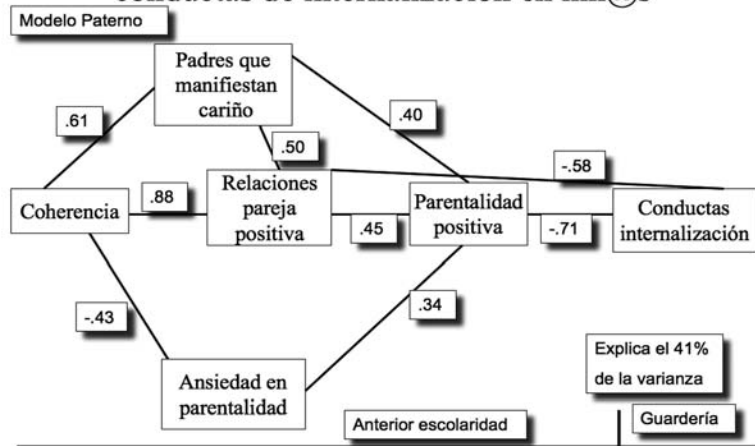
corteza prefrontal y las áreas de asociación, esta relación evidencia el sustrato básico del camino de las emociones, de los sentidos y de la activación/regulación motora y de los recuerdos y matices sensoriales y experienciales. De aquí la importancia de concebir al bebé como un funcionamiento “pre-activado” o una potencialidad y cuyo desarrollo va a depender de las catequizas afectivas y sensoriales que acontezcan a lo largo de las primeras experiencias vitales.

Siguiendo este esquema planteado con anterioridad podemos expresar que las conductas de exteriorización es la figura paterna la que explica el 69% de la varianza, mientras que en las conductas de internalización es la figura materna la que explica el 71% de la varianza. (Fig. 3 y 4). En la Tabla II se expone un resumen de la respuesta ante la separación de la figura de apego por parte de un bebé de 12 meses, según sea la modalidad del apego establecido, de forma complementaria la Tabla IV nos expresa cómo a mayor apego segura existe un mayor contacto corporal entre el bebé y la figura de apego con una cooperación mejor entre ambos y una mejor irritabilidad, justo la inversa que acontece cuando el apego es de características ambivalentes e inseguro-ansioso.

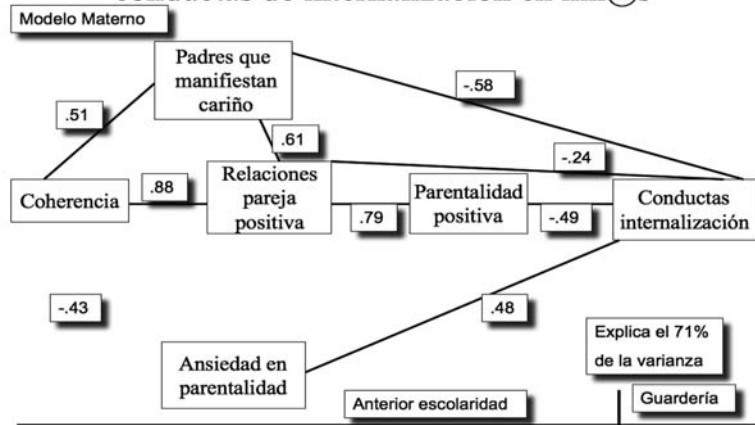
**Modelos de vinculación y sus alteraciones**

Los cuatro modelos descritos por Ainsworth nos señalan las formas de interacción de esas conductas de apego que configuran uno u otro de los procesos de vinculación: Modelo A, corresponde a la vinculación ansioso-evitativa y aparece una distorsión o confusión en los bebés ante la proximidad parental o bien reacciona con ignorancia. El modelo B o de vinculación segura, se caracteriza poraue los bebés buscan la proximidad y el contacto con la figura de apego. El modelo C se define como vinculación ansioso/ambivalente, apareciendo un rechazo al contacto y a la interacción con la figuras parentales. Por fin, el modelo D o de vinculación desorientada/organizada, depende de la seguridad con la figura de apego, no apa-

**Modelos de vinculación parental en conductas de internalización en niñ@s**



**Modelos de vinculación parental en conductas de internalización en niñ@s**



**Modalidad de Apego y Reacción en situación de Separación a los 12 meses**

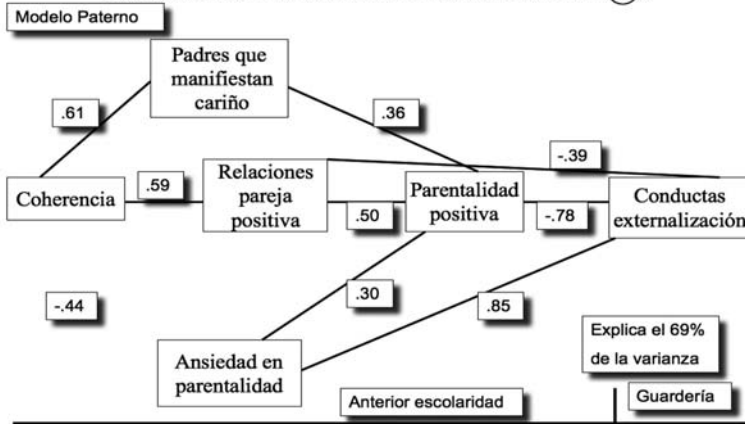
Tipo de Apego	Separación	Reunión
Seguro	Protesta+++	Solicitan conductas de apego
Ansioso o Ambivalente	Protesta+++++	Ambivalentes buscan resisten contacto
Ansioso Evasivo	Protesta - +	Alejamiento o evitación

Tabla 2

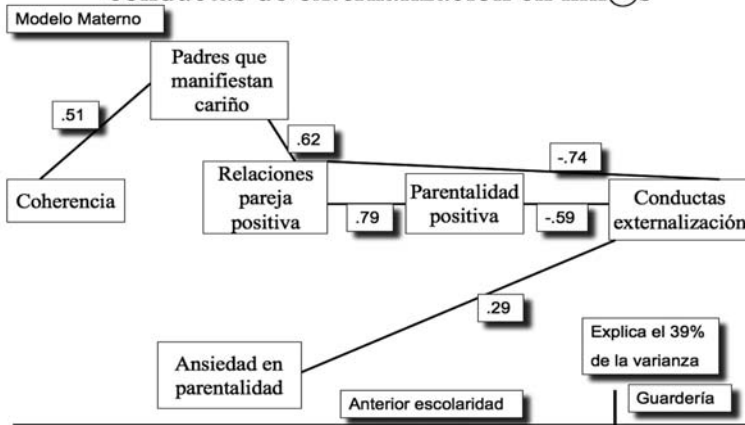




**Modelos de vinculación parental en conductas de externalización en niñ@s**



**Modelos de vinculación parental en conductas de externalización en niñ@s**



rece en todos los contextos, y suele manifestarse con conductas de evitación y ansiedad de separación.

Estas modalidades de apego tienen interés psicopatológico porque son modalidades sensoriales y perceptivas que intervienen en la construcción de una realidad en el bebé; atañen a la madre y construyen un lugar para el bebé, por lo que también incluyen las competencias del bebé, descritas por Brazelton, con lo que comprenden las interacciones madre-bebé. Es decir es un verdadero sistema de comunicación, con: producciones lingüísticas y comportamientos que poseen una

calidad de informaciones diversas. Además, tal como hemos explicado con anterioridad incluyen procesos biológicos y cognitivos (actividad psíquica) que varían según sea la vivencia del entorno.

En la modulación de todo lo anterior influye el temperamento del bebé, definido como una forma de actividad del bebé (tono y motilidad); el ritmo de las funciones fisiológicas (frecuencia e intensidad); la respuesta de aproximación/alejamiento ante los estímulos; la capacidad de adaptación a las situaciones nuevas (respuesta del bebé tras calmarle) y a la intensidad de las reacciones emocionales (llanto o irritabilidad con o sin descargas motrices). Otras características que completan la influencia del temperamento del bebé son el humor y la calidad de las emociones (“niño bueno”, “llorón”, “simpático”); la capacidad de mantener la emoción y la atención (rostro humano, timbre voz); la distracción ante los estímulos y, en general, la reactividad general ante los estímulos.

Las alteraciones del establecimiento, funcionamiento y mantenimiento de los vínculos tienen un impacto longitudinal en el niño como presencia de rasgos de carácter: facilidad de pasos al acto, escasa tolerancia a la frustración, irritabilidad, terquedad, caprichos. Una cierta fragilidad emocional, como vulnerabilidad hacia nuevos establecimientos vinculares. Aparece, en determinadas circunstancias una vulnerabilidad psicosomática por hiper o hipoestimulación sensorial y, por fin problemas secundarios de tipo

somático o sensorial (p.e. Traumatofilia).

De igual forma las figuras parentales tienen una afec-

**Modalidad de Apego y Comportamiento Familiar**

Tipo de Apego	Contacto Corporal	Cooperación	Irritabilidad
Seguro	+++	+++	-
Ansioso	+	+	+
Ambivalente	-	-	+++
Ansioso Evasivo			

Tabla 3



tación como consecuencia de sus propias conductas de apego y la subsiguiente alteración del proceso vincular. Esta repercusión en las figuras parentales es del tipo de temor/inseguridad a la hora de estimular al bebé (p.e. ingreso precoz en servicios de neonatología, alteración de la percepción). En otras ocasiones son respuestas hiperansiosas ante la intranquilidad del bebé (p.e. interpretaciones distorsionadas ante la actitud del bebé); sobreprotección (como expresión de procesos de culpa-reparación) y la búsqueda compulsiva que explique la “causa de todos los males” (p.e. Buscar “causa”, justificaciones).

#### Perfiles evolutivos de los trastornos vinculares

Cuando aparece un TVI a lo largo del proceso de desarrollo infantil van transformándose en cuadros y perfiles clínicos diversos tras los que se pueden identificar el funcionamiento vincular distorsionado o disfuncionante. En general los perfiles evolutivos en los que identificamos alteraciones vinculares como fundamento de alguno de los trastornos y en los que la investigación aporta datos empíricos, son los siguientes:

1. Perfil psicósomático: Su base se encuentra en la significación del cuerpo obtenido por el bebé, la importancia del estímulo sensorial y táctil y la cercanía corporal entre la figura de apego y el bebé. Los principales cuadros clínicos: serían: Trastornos esfinterianos; algias (cefaleas, abdominalgias); trastornos digestivos (vómitos, diarreas); TCA a lo largo de la infancia y adolescencia; trastornos del sueño (sobre todo las alteraciones de la conciliación del sueño que adquieren un valor estadísticamente significativo como predictivo de problemas psicosociales posteriores) y, por fin, el impacto sobre la evolución de afecciones crónicas en la infancia (recaídas, incumplimiento de tratamientos o controles).
2. Perfil conductual: Expresión de la alteración o disfunción a la hora de incumplir con la función de transmitir los límites, la posibilidad de acceder a figuras de apego sustitutas y la aceptación de la frustración. Los cuadros clínicos más representativos de este perfil serían: Trastornos del comportamiento y de la adaptación social; trastornos disociales; trastornos relacionales y comportamientos adictivos.
3. Perfil afectivo y del humor: La explicación psicopatológica la encontramos en la interacción entre el proceso de vinculación y el de pérdida y duelo. Los cuadros clínicos más representativos son: Trastor-

nos por ansiedad de separación; trastornos depresivos y distimias.

#### Conclusiones

La importancia de estos conceptos y su comprensión de las dinámicas psico-biológicas y psico-sociales, que los datos empíricos de investigaciones así lo atestiguan.

Variables tipo al apoyo e involucración de la figura paterna en el primer año de vida, las interacciones adecuadas madre-padre-bebé, las alteraciones del sueño y el crecimiento intrauterino retardado, adquieren significación estadística como predictores de trastornos mentales en la infancia posterior.

Por lo tanto, la comprensión de estos procesos no solo va a facilitar el desarrollo de procesos terapéuticos, sino que permitirá implantar y desarrollar intervenciones de tipo preventivo o de promoción del desarrollo psico-social.

#### Bibliografía

- Ainsworth, M. D. S.: Attachment, exploration and separation: illustres by behavior of one years-olds in a strange situation. En: *Child Development*. 1970, 41, págs. 49-67.
- Bird, H.R. et al. Estimates of the prevalence of Childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*, 1998, 45 (Dec.): 1120-1126.
- Bowlby, J. (1993). *El vínculo afectivo*. Barcelona. Ed. Paidós.
- Bowlby, J.: *La separación afectiva* Buenos Aires. Ed. Paidós. 1980.
- Bowlby, J.: *La pérdida afectiva*. Buenos Aires. Ed. Paidós. 1986.
- Bowlby, J.: *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Madrid: Morata, 1989.
- Boyce W. Th.: *The vulnerable Child: New evidence, new approaches*. *Advances in Pediatrics*. 1992, Vol. 30, págs. 1-33.
- Brazelton, T. B. y Cramer, B. C.: *La relación más temprana*. Barcelona-Buenos Aires-Méjico. Ed. Paidós. 1993.
- Corboz, A.; Fivaz, E. (1999). *The primary triangle. A developmental system view of fathers, mothers and infants*. New York. Basics Books.
- Cramer, B. and Stern, D.: *Psychiatrie du bébé: nouvelles frontières*. Paris. Ed. Eshel and Med. and Hygiène, 1988.
- Cowan, Ph.A; Cohn, D.A.; Cowan, C.P. & Pearson, J.L.: *Parents' attachment histories and children's Externalizing and Internalizing Behaviors: Exploring Family systems models of linkage*. *J. Consulting Clinical Psychology*, 1996,, 64, 53-63.
- Domenech, E.: *Psicopatología de la primera edad*. En: J. Rodríguez Sacristán, Dir.: *Psicopatología del niño y del adolescente*. T.II. 1995, págs. 927-976.
- Fagot, B. & Kavanagh, K.: *The prediction of antisocial behavior from avoidant attachment classification*. *Child Development*. 1990, 61, págs. 864-873.
- Fish, M., Stifter C, A. & Belski, J.: *Early patterns of mother-infant dyadic interaction: infant, mother, and Family demographic antecedents*. *Infant Behavior and Development*. 1993, 16, págs. 1-18.
- Kreisler, L. & Cramer, B.: *Les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson*. En: S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé, Eds.: *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris. PUF. 1986, págs. 649-679.



- Lebovici, S.; Mazet, P (1985). Psychiatrie du nourrisson. *Rev Neuro-Psychiat Enf Adol*, 33 51-137.
- Lewis M., Feiring, C., McGoffog, C. & Jaskir, J.: Predicting psychopathology in six year-olds from early social relations. *Child Development*. 1984, 55, págs. 123-136.
- Lewis M. & Feiring, C.: Infant, mother, and mother-infant interaction. Behavior and subsequent attachment *Child Development*. 1989, 60, págs. 831-837.
- Matarranz, I.; Pedreira, J.L.; Alvarez de los Heros, A.: Influencia de la asfíxia perinatal en el retraso cognitivo del niño: evaluación mediante el CBCL. Premio Real Academia Nacional de Medicina, 1999.
- Mazet, P. & Stoleru, S.: Manual psicopatología de la primera infancia. Barcelona. Masson. 1990, págs. 258-270.
- McDonald, V. T. Achenbach, T M.: Attention problems versus conduct problems as six-year predictors of problem scores in a national sample. *J. Am Child Adolesc. Psychiatry*. 1996, Sep, 35:9,págs. 1237-1246.
- Pedreira, J. L.: La vulnerabilidad en la primera infancia. *Anales de Psiquiatría*. 1997, Vol. 13, Nº 7, págs. 299-310.
- Pedreira, J.L.; Moreno, J. & Sardinero, E.: Psicopatología vincular: su importancia en los trastornos mentales de la edad adulta. *Monografías de Psiquiatría*, 1999 (enero-febrero), IX, 1, 7-20.
- Pedreira Massa, J.L.(dir); Paradela, I.; Quesada,C.; Sardinero García, E.; Magro Petreguer, R. (2001). Perfiles comportamentales en la edad escolar y recursos sanitarios para abordarlos: estudio sobre población general. En *Asamblea de Madrid. Defensor del menor en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Estudios e Investigaciones 2000: 249-419.
- Pedreira, J.L.; San Román, P.; Rodríguez-Sacristán, J.; Barcia, D. (2001): Factores de riesgo psicosocial en la primera infancia. Seguimiento longitudinal. Premio Nacional de Investigación Científica IMSERSO-2000. Madrid.
- Pedreira Massa, J.L. (2001). Factores de riesgo y de estabilización en los procesos mentales de la infancia: Comprendiendo la resiliencia. Informe de Salud de la Infancia en España (Informe SIAS)-4. [www.uv.es/sias](http://www.uv.es/sias)
- Pedreira Massa, J.L.; Urrea, J; Sardinero, E; Magro, R; Goodman, R. (2001). Indicadores de factores de protección y su impacto en la resiliencia en la edad escolar (6-11 años). Informe de Salud de la Infancia en España (Informe SIAS)-4. [www.uv.es/sias](http://www.uv.es/sias)
- Peral, M. & Girón P.: Trastornos del vínculo. En A.I. Romero y Fernández Liria: *Salud Mental*. Madrid. Ed. IDEPSA. 1990. Tomo II. págs. 109-120.
- Perry, B.D. (2008): *Maltreated Children: Experience, Brain Development and the Next Generation*. New York: W.W. Norton & Company.
- Polaino-Lorente, A. y Meca, R.: ¿A qué se llama psicopatología del apego infantil?. En E. Domenech-LLaberia y M. Claustre Jané Ballabriga, Eds. : *Actualizaciones en Psicopatología Infantil II*. Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona. 1998, págs. 15-52.
- Prior, M; Smart, D; Sauson, A.; Oberkland, F. Longitudinal predictors of behavioural adjustment in pre-adolescent children. *Aust N Z J Psychiatry*. 2001 Jun; 35 (3): 297-307.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 147: 598-611.
- Rutter, M. (1987). Psychological resilience and protective mechanism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57: 316-331.
- Sameroff, A.J.; Emde, R.N. (1989). *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach*. New York. Ed. Basic Books.
- Sánchez-Queija, I & Oliva, A. (2003): Vínculos de apego con los padres y relaciones con los iguales durante la adolescencia. *Revista de Psicología Social*, 2003, 18 (1), 71-86.
- San Román Villalón, P; Pedreira Massa, J.L.; López-Torres Hidalgo, J; Bonete Yácer, J.M.; Castelló Pons, T. Impacto del riesgo psicosocial en los bebés y las repercusiones psicopatológicas que genera en el niño/a preescolar: un estudio longitudinal. [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com). 2002; 6 (5).
- San Román Villalón, P; Pedreira Massa, J.L.; López-Torres Hidalgo, J; Bonete Yácer, J.M.; Castelló Pons, T. Prevalencia de los trastornos de conducta y emocionales en niños de 2-3 años. [www.psicologia.com](http://www.psicologia.com). 2002; 6 (2).
- Shaw, D., & Bell, R. Q.: Developmental theories of parental contributors to antisocial behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1993, 21, págs. 493-518.
- Solnit, A. (1981). L'enfant vulnérable. Rétrospective. En: *L'enfant dans sa famille. L'enfant à haut risque psychiatrique*. Paris. PUF, 2: 485-498.
- Spitz, R.A. (1945) Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. En: *The psychoanalytic study of the child*. New York. International Universities Press.
- Stern, D.: *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books. 1985.
- Tsiantis, J; Macri, I (1998). Factores de riesgo y de protección en psicopatología de la infancia y la adolescencia. En Rodríguez Sacristán, J (ed). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla: 1191-1213.
- Zeanah CH. H., and col.: Infant Development and Developmental Risk: A Review of the Past 10 Years. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. 36:2, February, 1997, págs. 165-177.