

1950 - 2015: 65 AÑOS DE EXISTENCIA DE LA AEPNYA.	
Nota breve histórica	181
<hr/>	
ARTÍCULO DE REVISIÓN	
<hr/>	
Aspectos psicológicos y trastornos psiquiátricos en el trasplante renal pediátrico	
<i>CB Avella-García, X Gastaminza, R Vacas, O Herreros</i>	183
<hr/>	
ARTICULO ORIGINAL	
<hr/>	
Perfil de las funciones ejecutivas de niños con TDAH en comparación con población general	
<i>LS Eddy Ives, I Moral Peláez, X Costa Royo, L Villegas Barragan, MA López Bertrán</i>	193
Psicopatología de los adolescentes residentes en hogares funcionales que precisan hospitalización psiquiátrica	
<i>A. Fernández Rivas, A. Gatón Moreno, E. Vivanco González, E. Sesma Pardo, I. Kerexeta Lizeaga, A. Díaz Cosgaya, MA González Torres</i>	202
<hr/>	
CASO CLÍNICO	
<hr/>	
De la incomunicación sensorial a la bienvenida al mundo: tratamiento con terapia de juego en un niño con sordera	
<i>V. Pousa Rodríguez, N. Olazabal Eizaguirre, E. Sesma Pardo, A. Fernández-Rivas, MA Gonzáles-Torres</i>	209
<hr/>	
NORMAS DE PUBLICACIÓN	216
<hr/>	



AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

Miembro de la European Society of Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP)

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Director

Óscar Herreros Rodríguez
(direccion.revista@aepnya.org)

Secretaría

Kristian Naenen Hernani

COMITÉ EDITORIAL

Adolfo de los Santos Sánchez-Barbudo (Sevilla)
Francisco de Sande Díaz (Lanzarote)
Enrique Ortega García (León)
Antonio Pelaz Antolín (Madrid)
Josep Cornellà i Canals † (Girona)
José Alfredo Mazaira Castro
(Santiago de Compostela)
Xavier Gastaminza Pérez (Barcelona)
Rafael de Burgos Marín (Córdoba)
Francisco Ruiz Sanz (Palencia)
Belén Rubio Morell (Tenerife)
Josué Monzón Díaz (Tenerife)
Francisco Díaz Atienza (Granada)

Asociación fundada en 1950.
Revista fundada en 1983.
Revista indexada en el Índice Médico
Español, en Bibliomed y en el IBECS
(Índice Bibliográfico Español
en Ciencias de la Salud)

Secretaría de Redacción

Óscar Herreros Rodríguez
C/ Almechiche 28
Churriana de la Vega
18194 - Granada
direccion.revista@aepnya.org

Publicación trimestral
Administración, suscripciones y publicidad:

editorial
SELENE

C/Jérez, 21
28231 Las Rozas (Madrid)
Tlf.: (91) 6395965
www.editorialselene.com

JUNTA DIRECTIVA DE LA AEPNYA

Presidenta: Josefina Castro Fornieles
Vice-presidenta: María Dolores Mojarro Práxedes
Secretaria: Belén Rubio Morell
Tesorero: José Ángel Alda Diez
Presidenta Comité Científico: Aránzazu
Fernández Rivas
Presidente Comité Publicaciones: Tomás J. Cantó
Diez
Vocales: Óscar Herreros Rodríguez (Medios
electrónicos), María Dolores Moreno Pardillo,
Beatriz Payá González

COMISIÓN DE REDACCIÓN

J.R. Gutiérrez Casares ... Ex-director RPIJ
A.Fernández Rivas ... Presidenta
Comisión Científica AEPNYA
T.J. Cantó Díez Presidente del Comité
de Publicaciones
J. Toro i Trallero Miembro Electo
por la AEPNYA

PRESIDENTES DE HONOR DE LA AEPNYA

J. Córdoba Rodríguez	V. López-Ibor Camós
J. de Moragas Gallisa	J. Rom i Font
C. Vázquez Velasco	J. Tomás i Vilaltella
L. Folch i Camarasa	J.L. Alcázar Fernández
A. Serrate Torrente	M. Velilla Picazo
F.J. Mendiguchía Quijada	M.J. Mardomingo Sanz
M. de Linares Pezzi	M. D. Domínguez Santos
J. Toro Trallero	

Copyright 2015

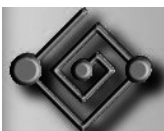
© Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Selene Editorial.
Reservado todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Depósito legal: M-6161-2015

ISSN:1130-9512

Registrada como comunicación de soporte válido
30-R-CM

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil



AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

Miembro de la European Society of Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP)

SUSCRIPCIÓN ANUAL (4 números al año)

IMPORTE

ESPAÑA 100 €

ESTUDIANTES/MIRES 70 €

EXTRANJERO 190 €

Precios vigentes desde el 1 de enero al 31 de diciembre

ENVIAR BOLETÍN A:

SELENE Editorial

C/ Jeréz, 21

28231 Las Rozas (Madrid)

Tlf.: 91 6395965

email: mpazle@seleneeditorial.com

DIRECCIÓN DE ENVÍO

Nombre y apellidos

Dirección N° Piso

Cód. Postal Población

Provincia Especialidad

NIF email

FORMA DE PAGO:

CHEQUE NOMINATIVO QUE ADJUNTO

DOMICILIACIÓN BANCARIA

.....

ORDEN DE PAGO, DOMICILIACIÓN BANCARIA

Nombre del titular de la cuenta

Banco C/C N°

Caja de ahorros C/C N°

Sucursal Calle N°

Cód. Postal Población

Provincia Teléfono

Ruego a Vds. tomen nota de que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta el recibo presentado anualmente por SELENE Editorial (Rev. de Psiquiatría Infanto-Juvenil

..... de de

FIRMA DEL TITULAR

INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS

1950 - 2015: 65 AÑOS DE EXISTENCIA DE LA AEPNYA.

Nota breve histórica 181

REVIEW ARTICLES

Psychological issues and psychiatric diseases in pediatric kidney transplantation

CB Avella-García, X Gastaminza, R Vacas, O Herreros 183

ORIGINAL

Profile of executive functions of children with ADHD compared to general population

LS Eddy Ives, I Moral Peláez, X Costa Royo, L Villegas Barragan, MA López Bertrán 193

Psychopathology of adolescents living in foster care who require a psychiatric hospitalization

A. Fernández Rivas, A. Gatón Moreno, E. Vivanco González, E. Sesma Pardo, I. Kerexeta Lizeaga, A. Díaz Cosgaya, MA González Torres 202

CASE REPORTS

From sensory isolation to welcome the world: play therapy treatment in a child with deafness

V. Pousa Rodríguez, N. Olazabal Eizaguirre, E. Sesma Pardo, A. Fernández-Rivas, MA Gonzáles-Torres..... 209

NORMAS DE PUBLICACIÓN 216

Correspondencia:
Xavier Gastaminza
xgastaminza@gmail.com

1950 – 2015: 65 AÑOS DE EXISTENCIA DE LA AEPNYA. Nota breve histórica

181

FELIZ CUMPLEAÑOS. FELICIDADES. FELICITACIONES A TODOS.

En efecto, nuestra asociación se fundó en el año 1950, fecha también de los primeros estatutos impresos, con el nombre de Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil.

Su nacimiento se gestó en 1949, en el Café “Oro del Rhin”, donde, convocadas por el Dr. José Solé Sagarra, se realizaron las reuniones preliminares.

El Café “Oro del Rhin” (1) fue una cafetería, cervecería, restaurant y charcutería (de “fiambres”) que, fundada en el 1924, cerró en 1969, siendo sustituida por una entidad bancaria (primero el Banco de Granada y luego la Caixa). Estaba situada, junto al Cine Coliseum, en la barcelonesa calle de Gran Vía, esquina con la Calle Rambla de Cataluña, en la acera izquierda del lado montaña. Famosa por sus tertulias de intelectuales y artistas, sobrevivió a la Guerra Civil manteniendo su prestigio.



En su gestación ya se planteó el posible problema por su nacimiento en Barcelona, que como ciudad “roja” (no del bando nacional) en la entonces no lejana Guerra Civil española, podía ser motivo de censura y prohibición. Por eso se propuso y eligió como primer Presidente al Dr. José Córdoba Rodríguez, por aunar prestigio y reconocimiento profesional con consenso personal y una indudable fiabilidad para el régimen con su exclusiva expresión en español.

Los socios fundadores fueron 27, procedentes de toda España. En concreto los siguientes:

Alberca Llorente, Román (Murcia)
Bassols Iglesias, Claudio (Barcelona)
Bassols Parés, Ramón (Barcelona)
Bosch Marín, Juan (Madrid)
Córdoba Rodríguez, José (Barcelona)
Corominas Vigneaux, Julia (Barcelona)
Cuenca Cuenca, Concepción
Delclós Pujol, Victoria (Barcelona)
Ferrer Hombravella, José (Barcelona)
Folch Camarasa, Luis (Barcelona)
Germain Cebrián, José
González Pinto, Rodrigo
Ibarrola Monasterio, Ricardo
Jaén Teixido, José María (Barcelona)
Rodríguez Lafora, Gonzalo

López Ibor, Juan José
Martínez García, Pedro (Barcelona)
Miret Monsó, José (Barcelona)
Montserrat Esteve, Santiago (Barcelona)
Moragas, Jerónimo de (Barcelona)
Pertejo Seseña, M^a Jesús
Ramos Fernández, Rafael (Barcelona)
Sarró Burbano, Ramón (Barcelona)
Solé Segarra, José (Barcelona)
Tello Margeli, Fernando
Vázquez Velasco, Carlos
Veiga G de Castro, Mariano (Barcelona)

Y así, en el año 1952, tras la recibir la preceptiva aprobación y autorización gubernativa, la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil pudo celebrar su primera reunión anual en Barcelona.

En 1955, en la IV Reunión Anual, celebrada los días 15 y 16 de Mayo de 1955, la Sociedad, con la pena del fallecimiento de su primer presidente (Dr. Jose Córdoba) y la del Prof. Ramos Fernández, publicó que tenía 77 socios (2), contando así con 48 nuevos socios y teniendo dos socios de Honor: Arn Van Kevelen, de La Haya (Holanda), y Maurice Tramer, de Berna (Suiza).

Hoy en día, en el 2015, superamos los 371 asociados (3).

¿Y el futuro? Se anuncia con unas muy buenas perspectivas:

En el futuro inmediato, en San Sebastián, este 2016 está en marcha el próximo congreso, el 60º, que, liderado por el Dr. Joaquín Fuentes, por primera vez en Europa es una iniciativa compartida con la AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) de los Estados Unidos.

Y en el mediato, en unos 5-6 años tendremos en activo, la hoy solo ya legalmente aprobada especialidad.

Y así a largo plazo se plantea todo abierto, vía libre, con luces verdes, para el mejor desempeño y la mayor salud de nuestros niños, adolescentes y familias.

Y ya finalmente solicitamos, y además invitamos a todos, especialmente a los menos jóvenes y así con más experiencia/s, a ayudarnos (con recuerdos, documentos, escritos, publicaciones, etc.) para realizar una recogida de la máxima información que permita una revisión de la historia de nuestra Asociación, lo que así iniciamos. Muchas gracias.

REFERENCIAS

1. Información y fotografía del Blog BARCELOFÍLIA: <http://barcelofilia.blogspot.com.es/2011/02/cafeteria-oro-del-rhin-1924-1969.html>
2. Actas de la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil. IV Reunión anual. Zaragoza 15-16 Mayo 1955. Barcelona. 1955.
3. Dato facilitado por la Secretaria técnica del AEPNYA

CB Avella-García (1); X Gastaminza (3); R Vacas (2),
O Herreros (4)

(1) Unidad Docente de Medicina Preventiva y salud pública. Consorcio MAR Parc de Salut de Barcelona. Universidad Pompeu Fabra

(2) NOVOMEDIGRUP. Barcelona

(3) Hospital Universitari Vall d'Hebrón de Barcelona; UAB

(4) Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Correspondencia:

Xavier Gastaminza (xgastaminza@gmail.com)

Aspectos psicológicos y trastornos psiquiátricos en el trasplante renal pediátrico

Psychological issues and psychiatric diseases in pediatric kidney transplantation

RESUMEN

Introducción: El trasplante renal está ampliamente aceptado como tratamiento de primera línea para el fallo renal terminal en pacientes pediátricos. El estado postrasplante implica cambios en la vida de estos jóvenes e influencia su estado psicológico, pudiendo hacerlos más vulnerables a presentar patologías psiquiátricas. **Objetivo:** Examinar la literatura disponible acerca del bienestar psicológico y la psicopatología en niños y adolescentes que han recibido un trasplante de riñón. **Metodología:** Revisión bibliográfica de la literatura mundial sobre el tema. **Resultados:** Se encuentran diferencias en la prevalencia de psicopatología y en el bienestar de estos pacientes comparados con grupos de control, observándose mayor sintomatología desadaptativa y problemas del desarrollo, y menor calidad de vida en los trasplantados. **Conclusiones:** Se debe profundizar el conocimiento científico acerca de las patologías psiquiátricas y la calidad de vida en este grupo. Son especialmente relevantes los estudios que evalúen lo que sucede en el primer año postrasplante y aquellos que planteen un seguimiento longitudinal.

Palabras Clave: Trasplante renal, Psiquiatría Infantil, Adolescente, Psiquiatría, Psicopatología, Calidad de Vida

ABSTRACT

Introduction: Kidney transplantation is widely accepted as first-line treatment for end-stage renal failure in pediatric patients. The state post-transplant involves changes in the lives of these young people and influences their psychological state, and can make them more vulnerable to present psychiatric disorders. **Objective:** To review the available literature on the psychological well being and psychopathology in children and adolescents who have received a kidney transplant. **Methodology:** Literature review of world literature on the subject. **Results:** Differences in the prevalence of psychopathology was found and well-being of these patients compared with control groups, showing higher maladaptive symptoms and developmental problems, and lower quality of life for transplant. **Conclusions:** We must deepen scientific knowledge about psychiatric disorders and quality of life in this group. They are especially relevant studies assessing what happens in the first year post-transplant and those who pose a longitudinal follow-up.

Key words: Renal transplantation, Child Psychiatry, Adolescent Psychiatry, Psychopathology, Quality of Life

INTRODUCCIÓN

Actualmente el trasplante renal es el tratamiento de elección para niños y adolescentes con una enfermedad renal terminal (1, 2, 3, 4). El objetivo de realizar un trasplante de órgano es prolongar la supervivencia del paciente a la vez que se mejora su calidad de vida (5).

Esta intervención comporta una mejoría clínica en el niño, porque desaparecen los síntomas relacionados con la enfermedad primaria, y además le permite desarrollar una vida cotidiana más adaptada y más independiente, por no requerir la atención semanal repetida hospitalaria por la diálisis (6). Adicionalmente, esta práctica quirúrgica, frente a su abordaje con diálisis, es mejor por evitar problemas nutricionales y otros relacionados con el desarrollo, posibles con la diálisis (2).

Se calcula que cada año se realizan, aproximadamente, 1000 trasplantes renales pediátricos a nivel mundial (7), ofreciendo buenos resultados de supervivencia del paciente (y del injerto), con cifras de supervivencia al año del 90% en centros especializados (6, 7, 8).

Sin embargo, se debe tener en cuenta que a pesar de los avances recientes, entre el 27-66% de los trasplantes pediátricos pueden presentar complicaciones postrasplante como infecciones oportunistas y/o rechazo del injerto (9).

Por otra parte, se ha de recordar que estos niños y adolescentes son enfermos crónicos, incluso tras el trasplante. Como grupo, los niños con enfermedades crónicas requieren un control y seguimiento integral, y por ende de su estado psicosomático. En la actualidad sabemos que no sólo los niños y adolescentes con enfermedades crónicas presentan más problemas en la adaptación y muestran mayor estrés psicosocial que niños sanos (2, 10), sino que se ha evidenciado que tienen entre 2 y 4 veces más riesgo de presentar un diagnóstico psiquiátrico en estas etapas de la vida que la población sana (9), lo que subraya la necesidad de su mejor diagnóstico y atención precoz (33).

También se ha evidenciado que los adolescentes con enfermedades crónicas presentan menores puntuaciones de bienestar emocional, y tienen más preocupaciones y una imagen corporal más pobre que sus pares. Sufren más aislamiento, ausencias escolares, y tienen oportunidades más limitadas para las relaciones con pares y para el desarrollo psicosexual (3).

En el caso del trasplante renal existen algunos estresores

específicos que pueden influenciar negativamente el estado psicosomático de los pacientes pediátricos. Entre estos se han descrito la alta frecuencia de tomas de muestras sanguíneas (hasta 70 en los primeros 100 días post-trasplante), ingresos y reingresos hospitalarios, el miedo al rechazo del órgano, procedimientos quirúrgicos y sus cicatrices, dolor no controlado, cambios en la imagen corporal, y sensación de ser diferente o de estar aislado de los pares (11). También las restricciones dietéticas, y la necesidad de tomar medicamentos y sus efectos secundarios pueden tener un rol similar (12). Además, durante el periodo de trasplante es frecuente que los pacientes estén aislados de sus pares, lo cual puede incrementar el riesgo de alteraciones mentales y psicosociales (13).

Todo ello, desde la comprobación clínica cotidiana, nos ha llevado a plantearnos una revisión de la literatura científica sobre estas cuestiones.

MÉTODOS

Inicialmente, se realizó una búsqueda de la literatura existente sobre el tema en las bases PubMed-Medline, OVID y SCIELO. Se introdujo el término MESH "Kidney Transplantation", combinándolo con los siguientes términos MESH: "Adolescent Psychiatry", "Child Psychiatry", "Psychology", "Depressive Disorder", "Anxiety Disorder", "Psychotic Disorder", y "Eating Disorder". La búsqueda se limitó a los artículos escritos en inglés, español y francés, sobre sujetos entre los 0 y 18 años de edad, y que hubieran sido publicados en los últimos 10 años. Posteriormente se seleccionaron los artículos relevantes, encontrando 34, y se procedió a la revisión de los mismos, recogiendo a continuación los resultados agrupados.

RESULTADOS

Donante Vivo

En muchas unidades de trasplante pediátrico se promueve el uso de un donante vivo, porque el pronóstico médico es mejor y permite más precisión en la planificación del procedimiento (2). Esto ha llevado a que algunos investigadores hayan intentado determinar si hay alguna diferencia entre los estados psicológicos postrasplante de los niños que reciben un riñón de un donante vivo (usualmente un familiar), y los de aquellos a quienes se les injerta un riñón de un donante cadáver.

También se ha intentado establecer si hay cambios en la dinámica familiar después de la donación del órgano de un familiar a otro.

Se ha visto que existe un alto grado de satisfacción a posteriori entre los padres que han donado un órgano a sus hijos, hecho también cierto en las parejas de los donantes (14). Esto es congruente con el hallazgo de Buer que afirma que en la mayoría de los casos de donación entre familiares, la relación existente entre ellos se mantiene o mejora.

Aún así, hay algunos indicios de que cuando hay una relación inestable o pobre pretrasplante, es más frecuente que la relación se deteriore después del procedimiento (15).

Otros trabajos han documentado que algunos adolescentes presentan ansiedad relacionada con la aparición de una percepción de obligación de mostrar agradecimiento hacia el padre que les ha donado el riñón (3). Este fenómeno no ocurre tras el uso de un riñón de donante cadáver.

Autopercepción negativa discriminante: vivencia negativa de “ser diferente”

Uno de los temas más resaltados por los propios pacientes tras el trasplante es el deseo de recobrar la normalidad en sus vidas, dejando atrás la sensación de ser diferentes. Con respecto a esto, se ha encontrado que a mayor edad en el momento del trasplante, mayor sensación de ser diferente o de tener una vida restringida. De la misma manera, cuanto menor es la edad a la que se realiza el trasplante, tiende a haber mayor sensación de normalidad y mejor adaptación postrasplante (2, 8). Frecuentemente, la sensación de ser diferente de otros niños se relaciona con el hecho de tener que tomar medicación o con los efectos adversos que esta genera (2). En cuanto a las limitaciones que se encuentran en la vida diaria, algunos niños describen que evitan las situaciones en las que podrían recibir un golpe en la región abdominal para proteger su riñón. Otros se preocupan por la posibilidad de presentar una interacción indeseada de la medicación con el alcohol (2).

Un grupo de adolescentes australianos que habían recibido un trasplante de riñón definió la normalidad como tener las mismas oportunidades y potencial para alcanzar metas que sus pares (8). Quienes lograban adquirir una sensación de normalidad tenían mejor

funcionamiento y adaptación social, mayor bienestar, y un desarrollo positivo. De forma contraria, no alcanzar esta sensación se relacionaba con problemas de adaptación y afrontamiento de la vida postrasplante (8).

Se han descrito cinco factores que favorecen llegar a esta normalidad (8):

1. desarrollar la identidad propia,
2. contar con la aceptación de los pares,
3. incorporar los medicamentos en la rutina diaria,
4. gozar de libertad y energía (al no tener restricciones dietéticas o por la diálisis), y,
5. tener estructuras de apoyo sólidas y mecanismos de afrontamiento adaptativos.

De igual manera, se han descrito cinco barreras para obtener la sensación de normalidad. Estas son (8):

1. la crisis de identidad (por ejemplo, por cambios físicos o temperamentales),
2. el rechazo de los pares,
3. tener aversión a los medicamentos,
4. presentar limitaciones del estilo de vida (como limitación de las actividades físicas), y,
5. el miedo o incertidumbre ante la posibilidad de perder el injerto o de tener que volver a someterse a diálisis.

Desempeño académico y desarrollo cognoscitivo

En niños muy pequeños se ha visto que el inicio precoz de la enfermedad renal y la mayor duración de la enfermedad renal terminal se relacionan con un peor pronóstico en cuanto al desarrollo posterior del niño (10). Falger también anota que el riesgo de presentar déficits neurocognitivos en esta población se asocia a una mayor duración de la enfermedad, mayor gravedad de la misma, y menor edad del paciente en el momento del inicio de esta (16).

Los trastornos del aprendizaje también se han relacionado con una menor edad en el momento del diagnóstico, el tratamiento con hemodiálisis, y un menor nivel socioeconómico de la familia del niño. Está descrita una prevalencia de trastornos del aprendizaje del 30% en adolescentes que han recibido un trasplante de riñón. En la misma muestra, el 60% de los pacientes había repetido al menos un año escolar (3).

Esto puede explicar en parte porqué se han observado diferencias a nivel del desempeño académico. En una

muestra canadiense se encontraron mayores logros académicos en adolescentes sanos, seguidos por adolescentes con enfermedad renal terminal, y los menores logros académicos se encontraron en el grupo de trasplantados (3).

También se han realizado trabajos que evaluaban la inteligencia de estos pacientes. En una muestra de 25 pacientes pediátricos evaluados mediante el WISC-III, se encontró que el Coeficiente Intelectual (CI) total promedio del grupo era de 97, el verbal era de 104, y el manipulativo de 88. Esta última puntuación es significativamente inferior que la de los controles. También se encontró una puntuación significativamente inferior a los controles en 5 subtests: semejanzas, dígitos, códigos, figuras incompletas, y rompecabezas (16).

Quizás más interesantes son los cambios que se observan en estudios longitudinales. Icard encontró que cuando se evaluaba el CI de niños antes y después del trasplante presentaban una mejoría de aproximadamente 12 puntos de CI aplicando el Weschler Abbreviated Scale of Intelligence después de la intervención quirúrgica (17). De manera similar, se ha visto que el desempeño académico, el lenguaje escrito, la velocidad de procesamiento, la atención sostenida y la función psicomotora pueden mejorar después del trasplante (16).

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

En poblaciones generales, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad es uno de los más relacionados con deficiencias en el desempeño académico, y también es el diagnóstico más prevalente en la consulta externa de psiquiatría, hasta el 50%, con una prevalencia internacional en población pediátrica entre el 5,9 y el 7,11%, y en España del 6,8% (34). Esto hace que sea interesante la consideración de la presencia de esta patología en los pacientes pediátricos que han recibido un trasplante de riñón. En un grupo de adolescentes canadienses trasplantados se encontró una prevalencia de este diagnóstico del 22,5%. A la vez, las prevalencias en los controles y en el grupo con enfermedad renal terminal fueron menores (7,5% y 5%, respectivamente) (3).

Conducta

Algunos trabajos han referido que los niños que han recibido un trasplante renal tienden a presentar mayores niveles de síntomas internalizantes que los controles

sanos. En un estudio con niños que habían recibido un trasplante renal, se encontró que el 28,6% de los niños presentaban síntomas internalizantes (18, 19). Otros estudios muestran que los padres de estos niños refieren significativamente más problemas internalizantes que los de la población sana. En especial se resaltaban el aislamiento social, las quejas somáticas y síntomas de ansiedad y depresión (20). Al usar el BASC (Behavior Assessment System For Children) en la evaluación de niños postrasplante de riñón o hígado, se encontró que los padres notaban mayores problemas internalizantes, pero no mayores problemas totales, externalizantes ni habilidades adaptativas (18).

De forma contraria, un estudio de Qvist con 32 pacientes de edad escolar que fueron trasplantados antes de los 5 años, encontró que las puntuaciones en la escala CBCL (Child Behavior Checklist) para el total de problemas, síntomas internalizados y externalizados no eran significativamente diferentes de los baremos de la población general (10). Sin embargo, las niñas tenían menos problemas externalizados que los controles según la opinión de sus maestros. Respecto a las subescalas, tanto niños como niñas tenían más problemas de atención según padres y profesores. Por otro lado, los niños presentaban significativamente más quejas somáticas y problemas sociales que los controles (10).

Mediante el Youth Self-Report se ha documentado significativamente más aislamiento en los adolescentes trasplantados que en el grupo de fallo renal terminal y en un grupo control, sin diferencias en los otros ítems de la escala de problemas conductuales (3). Los padres también referían mayor aislamiento, y más problemas sociales de pensamiento y de atención. Además, mostraban mayor puntuación de problemas de internalización que el grupo de fallo renal terminal y el grupo control (3).

Depresión

Las tasas de prevalencia de depresión varían según los estudios, y de la consideración de cualquier síntoma depresivo o únicamente del trastorno depresivo mayor. En un estudio con adolescentes estadounidenses se encontraron síntomas depresivos en el 36,4% en este grupo de pacientes (7). En una muestra belga, se encontró una prevalencia menor de depresión, cuantificada en el 17,4% (5). En otro estudio, se encontró un 35% de presencia de trastornos depresivos durante la vida en

un grupo de adolescentes trasplantados. No se encontró diferencia en la prevalencia entre los grupos de niños y niñas, hecho que los autores relacionan con la edad del grupo estudiado (3).

Un estudio que incluyó tanto niños como adolescentes, encontró una prevalencia de trastorno depresivo mayor de sólo el 2,8% en el grupo examinado. Sin embargo, los investigadores resaltaban que pese a obtener una tasa baja del trastorno en sí, era llamativo que dos terceras partes de los evaluados presentaban irritabilidad clínicamente significativa y que el 40% tenían ideas recurrentes de muerte o de suicidio (21). Penkower también describió irritabilidad en el 18,2% de adolescentes trasplantados de riñón (7).

Con respecto al origen de este tipo de cuadro, se ha descrito que para estos pacientes percibir rechazo de los pares o tener dificultades para adaptarse al trasplante y su tratamiento posterior puede relacionarse con la aparición de síntomas depresivos (5). A su vez, la depresión que se inicia durante la niñez de los trasplantados renales es altamente comórbida. Las patologías que predominantemente se presentan de forma concomitante son los trastornos de la conducta, de ansiedad, y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (3).

Ansiedad

Es frecuente que estos pacientes presenten ansiedad en algún punto del proceso de su enfermedad y trasplante. La preocupación acerca del futuro en estos niños muchas veces se relaciona con la posibilidad de necesitar otro trasplante más adelante, y con temas relacionados con la medicación que deben tomar (2). Para esto puede que sirva la educación del paciente acerca del procedimiento y de la medicación, con el objetivo de prepararlo y aclarar sus dudas al respecto. Sin embargo, la ansiedad puede ser suficientemente intensa para generar una alteración en el funcionamiento del individuo, constituyendo trastornos específicos de ansiedad.

En 2003, Penkower documentó ansiedad clínicamente significativa en el 36,4 % de un grupo de 22 adolescentes trasplantados de riñón (7). El 20% de los adolescentes de este grupo presentaban una fobia simple, la mayoría de las cuales estaban relacionadas con agujas o procedimientos invasivos. No sorprende que el inicio de los síntomas coincidiera con ingresos hospitalarios o con la realización de diálisis (3). En adolescentes

que han recibido un trasplante de órgano sólido se ha encontrado una prevalencia del 16,3% de trastorno por estrés postraumático (22).

No se debe olvidar que las enfermedades crónicas también afectan a los familiares de los pacientes. Así, los padres de los jóvenes trasplantados también pueden sufrir trastornos de ansiedad relacionados. Young encontró que hasta el 27,1% de los padres de niños que han recibido un trasplante de órgano sólido cumplen criterios DSM-IV para un trastorno por estrés postraumático (23).

Uso de sustancias adictivas

Aunque se conoce poco al respecto, en una muestra belga se ha documentado uso de cigarrillo (4,3%), alcohol (34,8%), y drogas ilícitas (4,3%), en adolescentes que han recibido un trasplante renal (5). Aunque este estudio no discriminó el uso del abuso o de la adicción de sustancias, evidencia que este es un tema relevante en este grupo, que debería ser tratado en la preparación pretrasplante de estos niños.

Adherencia al tratamiento

La falta de adherencia al tratamiento inmunosupresor es una de las causas más importantes (hasta el 78%) de rechazo agudo y pérdida del injerto (5, 7, 9, 24). A su vez, las dificultades en la adherencia en niños y adolescentes se han podido relacionar con un funcionamiento emocional comprometido (9).

Los adolescentes tienen mayor tendencia a llevar a cabo conductas de riesgo, incluyendo no tomarse la medicación inmunosupresora (5). En este grupo se encuentran tasas de no adherencia al tratamiento que varían, según el estudio y la definición que se utilice, entre un 14% y un 78%. Este riesgo es mayor que para niños más jóvenes y para adultos (3, 5, 7, 24, 25, 26).

En este grupo etéreo, se han descrito preocupaciones acerca de los potenciales efectos nocivos de los medicamentos que deben tomar, y también por variables relacionadas con la toma de la medicación, como la dificultad para tragar las pastillas, el sabor de las mismas, y la cantidad de fármacos que deben ingerir (4).

Múltiples factores pueden contribuir a la falta de adherencia al tratamiento inmunosupresor. Esta se observa más frecuentemente en adolescentes que son responsables de su propia medicación y en quienes recibieron un trasplante de donante cadáver (3, 24).

También se ha asociado con mayores niveles de estrés psicológico, baja autoestima, síntomas depresivos, problemas de conducta, disfunción familiar, y la alteración de la imagen corporal como efecto adverso de la medicación (3, 27). Específicamente, la presencia de rabia se relaciona de forma muy importante con la falta de adherencia al tratamiento farmacológico, incrementando el riesgo de la misma hasta 9 veces (7). Adicionalmente, presentar negación ante el proceso o pobres capacidades cognitivas puede relacionarse con fallos en la adherencia (3, 24).

Por otro lado, parece que tener esperanza de mejoría y bajos niveles de incertidumbre acerca de la enfermedad ayudan a mejorar la adherencia al tratamiento, siempre y cuando no existan síntomas depresivos concomitantes (9).

La adherencia a la medicación postrasplante se ha visto asociada al nivel de ansiedad que presenta el niño: a mayor ansiedad, mayor adherencia (27). Lo anterior no implica que se haya encontrado un “nivel de ansiedad óptimo” que garantice la adherencia. Sin embargo, este hallazgo, sumado a los anteriores, sugiere una relación importante entre los síntomas internalizantes y la adherencia al tratamiento postrasplante (27).

Calidad de Vida

La calidad de vida es una de las medidas de estudio más importantes en pacientes postrasplante renal. Se ha observado que la percepción de esta puede ser influenciada por factores culturales y étnicos (28). También puede haber variaciones entre los resultados de las evaluaciones de la misma que dependen de a quién se entreviste. Por ejemplo, pueden encontrarse diferencias entre lo que refieren los pacientes y lo que perciben sus cuidadores, aunque se les pregunte por los mismos aspectos.

En un estudio con pacientes trasplantados de riñón o hígado, se encontró que había similitudes entre lo que refirieron los padres y lo que referían los niños en cuanto a su estado psicológico. No obstante, no se mantenía esta relación entre las dos versiones cuando se indagaba acerca de la salud física (29). Los hallazgos de otra investigación con familias de adolescentes trasplantados de órgano sólido fueron similares, encontrando que las versiones de padres e hijos son más concordantes con

respecto a la salud psicológica al compararse frente a otros aspectos de la salud (30).

Los adolescentes afrontan las dificultades que la enfermedad añade a las que son propias de su etapa madurativa. Sin embargo, los estudios han encontrado resultados disímiles. Se han documentado puntuaciones más altas en escalas de calidad de vida en adolescentes trasplantados que en adolescentes sanos, si bien puntúan menos en ítems relacionados con el deporte o con su autonomía (6). Otros estudios no han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la calidad de vida relacionada con la salud de los adolescentes trasplantados de riñón y la que referían los controles sanos (5).

Lo que parece más claro es que la calidad de vida referida por adolescentes trasplantados se mantiene en el tiempo. En un estudio longitudinal de 18 meses que evaluaba la calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes que habían recibido un órgano sólido, se encontró que los resultados se conservaban en el tiempo si los adolescentes no recibían ningún tipo de intervención (30).

En niños también se ha evaluado la calidad de vida, usando diferentes escalas. Las madres de un grupo de niños trasplantados de riñón o hígado consideraban que sus hijos tenían menor calidad de vida, según la escala SQLP (Subjective Quality of Life Profile), comparada con las observaciones de las madres del grupo control (6). En 2011, Diseth documentó en un grupo de pacientes pediátricos trasplantados de riñón una peor calidad de vida que en un grupo de controles sanos. De forma llamativa, la calidad de vida de los pacientes trasplantados también era inferior a la de controles con leucemia aguda linfoblástica (13). Al examinar la calidad de vida mediante la escala AUQUEI (Cuestionario de Calidad de Vida Infantil) en niños que habían recibido un trasplante renal o hepático, se encontró que tenían significativamente menos satisfacción que un grupo de niños sanos al practicar un deporte, al moverse, en el colegio, leyendo un libro, haciendo los deberes, al verse en una fotografía, al pensar en su salud, y al pensar en la madre (6). En un estudio realizado con escolares que habían recibido un trasplante de riñón se encontraron puntuaciones en la escala HRQOL (Health-Related Quality of Life) significativamente menores que en los

controles en las áreas de Sueño, Eliminación, Respiración, Disconfort y síntomas, Ansiedad, Pasatiempos y colegio, Amigos, Habilidad para concentrarse, y Habla (10). En otra muestra, Falger encontró que los niños trasplantados renales tenían mejores puntuaciones en cuanto a las quejas somáticas que la población control. La misma muestra, sin embargo, puntuaba significativamente menos en emociones positivas que los niños sanos (20).

Independientemente de que existan indicadores que sugieren que la calidad de vida es menor en los pacientes pediátricos trasplantados de riñón cuando se comparan con controles sanos, hay estudios que muestran que el trasplante mejora la calidad de vida de pacientes pediátricos con enfermedad renal terminal (4, 11). En este sentido, en 2010 Aparicio realizó un estudio con pacientes pediátricos en tratamiento con hemodiálisis, diálisis peritoneal, niños trasplantados y controles sanos, evidenciando que los controles sanos eran quienes tenían mejor calidad de vida, seguidos por los trasplantados, y luego por el grupo de diálisis peritoneal. Los niños sometidos a hemodiálisis eran quienes referían peor calidad de vida (12).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la revisión realizada se evidencia la mayor incidencia y presencia de trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes con trasplante renal, lo que confirma que, como en todos los casos pediátricos de enfermedades crónicas, se requiere un enfoque y abordaje integral, esto es, no sólo dirigido hacia los cuidados físicos del paciente, sino que incluya el bienestar psicológico y social (29).

La adaptación psicológica a largo plazo de los niños sometidos a un trasplante renal es bastante buena (2). Sin embargo, hay algunos niños y adolescentes que presentan dificultades que justifican un seguimiento psiquiátrico del grupo en el tiempo para su mejor atención (33).

El hallazgo de Berney-Martinet en 2009 es fiel prueba de lo anterior, al describir la presencia de algún trastorno psiquiátrico durante la vida en el 65% de adolescentes con trasplante renal, comparado con un 37,5% en el grupo control (3).

Puede haber múltiples factores que predisponen a esta situación. Por un lado, las familias de los niños con enfermedades crónicas frecuentemente experimentan tensión en las relaciones intrafamiliares. (2) Por otro

lado, independientemente de que se encuentren enfermos o sanos, los pacientes pediátricos están continuamente creciendo y desarrollándose globalmente (a nivel psicosomático) (5). La presentación de una enfermedad crónica durante esta etapa puede crear un obstáculo o condicionante que limita los aprendizajes y experiencias, a la vez que cambia procesos fisiológicos del cuerpo. En los adolescentes puede provocar situaciones que entran en conflicto con las luchas adaptativas inherentes a su etapa del desarrollo (29).

Varios estudios dentro de esta revisión asocian una mayor duración de la enfermedad renal terminal antes del trasplante con un peor pronóstico en cuanto al desarrollo del paciente, la presencia de déficits neurocognitivos, y la posibilidad de una buena adaptación postrasplante.

Al considerar que es necesaria una mayor disponibilidad de órganos para facilitar que el trasplante se realice en el momento oportuno, se podría inferir que la utilización de un donante vivo puede mejorar el pronóstico psiquiátrico de estos niños.

Las dificultades psicoadaptativas y personales de este grupo ya habían sido percibidas y reseñadas por los cuidadores de niños con trasplante de riñón. Algunos consideraban que la enfermedad tenía un impacto emocional negativo sobre el niño y sobre el funcionamiento familiar (29). Otros iban más allá. Así, en un estudio francés, la tercera parte de las madres consideraba que se necesitaba apoyo psicológico durante el proceso de trasplante: el 67% lo pedía para ella misma, y el 75% lo solicitaba para sus hijos (6).

La necesidad de ofrecer atención psiquiátrica a niños que reciben un trasplante renal y a sus familias está reconocida desde hace décadas (31, 32). Aún así, los problemas psiquiátricos de los pacientes pueden pasar desapercibidos, y cuando esto ocurre, se niega a los pacientes la oportunidad de recibir tratamiento (11).

Se ha visto que la información que recibe el paciente pretrasplante puede influenciar la adaptación posterior al mismo, dando una mayor seguridad y sensación de estar preparado ante el trasplante. Por este motivo, se ha sugerido la creación de programas educativos y de apoyo para los adolescentes trasplantados para favorecer el pronóstico del funcionamiento psicosocial posterior (8). El programa podría incluir la preparación previa al trasplante con un énfasis especial en la educación acerca

del procedimiento y los cuidados que deben cumplir tras la intervención.

Al continuar el seguimiento de la adaptación postrasplante con el mismo equipo, el paciente puede beneficiarse de la existencia de una relación terapéutica ya establecida previamente. Después del trasplante, y en la medida que pasa el tiempo, se deberían tratar los temas más relevantes en cada edad para cada paciente. Aquí también se incluye la facilitación y supervisión del paso del paciente a los servicios de atención de adultos.

El hecho de que la calidad de vida de estos pacientes se mantenga estable en el tiempo probablemente implica un buen pronóstico para quienes han tenido una adaptación favorable. No obstante, también sugiere que aquellos pacientes con dificultades continuarán presentándolas si no reciben un tratamiento oportuno que promueva el cambio. Esto refuerza la necesidad de contar con el seguimiento descrito anteriormente.

La información acerca del consumo de sustancias psicoactivas en este grupo es muy escasa. Adicionalmente, hay otros trastornos para los cuales, a pesar de haber realizado una búsqueda específica, no se encontró información: los trastornos psicóticos y de la alimentación, siendo así estas áreas candidatas a una mayor investigación.

También destaca la ausencia, en la literatura revisada, del delirium como patología en este grupo. Esto puede deberse en gran parte a que la mayoría de los estudios dirigidos a estudiar el estado psicológico postrasplante en niños y adolescentes se realizan años después de la intervención. Otro factor que podría influir es la concepción errónea de que el delirium es una patología exclusivamente geriátrica. Sin embargo, debe considerarse que estos pacientes están expuestos a múltiples factores de riesgo para desarrollar un delirium durante el proceso de trasplante, lo que hace sospechar una prevalencia elevada de esta enfermedad en esta población, lo que merecería ser investigado.

También sería recomendable que en el futuro se diseñaran estudios longitudinales que evaluaran si existen mayores dificultades psicológicas en el primer año postrasplante o con posterioridad. Adicionalmente, es importante estudiar y profundizar en el neurodesarrollo, la calidad de vida, las diferencias entre sexos y la adaptación psicosocial de estos pacientes de forma longitudinal (18, 20).

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaarfelt HME, Lindbald FIE, Crafoord J, et al. Renal Transplantation: Long-Term adaptation and the children's own reflections. *Pediatr Transplantation*. 2003; 7: 69-75.
2. Berney-Martinet S, Key F, Bell L, et al. Psychological Profile of Adolescents with a kidney transplant. *Pediatr Transplantation*. 2009; 13: 701-710.
3. Zelikovsky N, Dobson T, Norman J. Medication beliefs and perceived barriers in adolescent renal transplant patients and their parents. *Pediatr Nephrol*. 2011; 26: 953-959.
4. Rianthavorn P, Ettenger RB. Medication non-adherence in the adolescent renal transplant recipient: A clinician's viewpoint. *Pediatr Transplantation*. 2005; 9: 398-407.
5. Dobbels F, Decorte A, Roskams A, et al. Health-related quality of life, treatment adherence, symptom experience and depression in adolescent renal transplant patients. *Pediatr Transplantation*. 2010; 14: 216-223.
6. Manificat S, Dazord A, Cochat P, et al. Quality of life of children and adolescents after kidney or liver transplantation: Child, parents and caregiver's point of view. *Pediatr Transplantation*. 2003; 7: 228-235.
7. Penkower L, Dew MA, Ellis D, et al. Psychological Distress and Adherence to the Medical Regimen Among Adolescent Renal Transplant Recipients. *American Journal of Transplantation*. 2003; 3: 1418-1425.
8. Tong A, Morton R, Howard K, et al. "When I had my transplant, I became normal." Adolescent perspectives on life after kidney transplantation. *Pediatr Transplantation*. 2011; 15: 285-293.
9. Maikranz JM, Steele RG, Dreyer ML, et al. Emotional Adjustment and Adherence among pediatric renal and liver transplant recipients. *Journal of Pediatric Psychology*. 2007; 32 (5): 571-581.
10. Qvist E, Nahri V, Apajasalo M, et al. Psychosocial adjustment and quality of life after renal transplantation in early childhood. *Pediatr Transplantation*. 2004; 8:120-125.
11. Wallace J, Yorgin PD, Carolan R, et al. The use of

- art therapy to detect depression and post-traumatic stress disorder in pediatric and Young adult renal transplant recipients. *Pediatr Transplantation*. 2004; 8: 52-59.
12. Aparicio López C, Fernández Escribano A, Izquierdo García E, et al. Medida mediante un test específico de la calidad de vida relacionada con la salud en niños con enfermedad renal crónica. Influencia del tratamiento. *Nefrología*. 2010; 30 (2): 177-184.
 13. Diseth TH, Tangeraas T, Reinfjell T, et al. Kidney Transplantation in childhood: mental health and quality of life of children and caregivers. *Pediatr Nephrol*. 2011; 26: 1881-1892.
 14. Neuhaus TJ, Wartmann M, Weber M, et al. Psychosocial impact of living-related kidney transplantation on donors and partners. *Pediatr Nephrol*. 2005; 20:205-209.
 15. Buer LCT, Hofmann BM. How does kidney transplantation affect the relationship between donor and recipient? *Tidsskr Nor Legeforen*. 2012; 132: 41-43.
 16. Falger J, Latal B, Landolt MA, et al. Outcome after renal transplantation. Part I: Intellectual and motor performance. *Pediatr Nephrol*. 2008; 23: 1339-1345.
 17. Icard P, Hooper SR, Gipson DS, et al. Cognitive Improvement in Children with CKD after transplant. *Pediatr Transplantation*. 2010; 14: 887-890.
 18. Wu YP, Aylward BS, Steele RG et al. Psychosocial functioning of pediatric renal and liver transplant recipients. 2008; 12: 582-587.
 19. Soliday E, Koole E, Lande MB. Psychosocial Adjustment in Children with Kidney Disease. *J Pediatr Psychol*. 2000; 25: 93-103.
 20. Falger J, Landolt MA, Latal B, et al. Outcome after renal transplantation. Part II: Quality of life and psychosocial adjustment. *Pediatr Nephrol*. 2008; 23: 1347-1354.
 21. Ghanizadeh A, Mansoori Y, Ashkani H, et al. Major Depressive Disorder in Children and Adolescents after Renal Transplantation. *Transplantation Proceedings*. 2009; 41: 1627-1629.
 22. Libman Mintzer L, Stuber ML, Seacord D, et al. Traumatic Stress Symptoms in Adolescent Organ Transplant Recipients. *Pediatrics*. 2005; 115: 1640-1644.
 23. Young GS, Libman Mintzer L, Seacord D, et al. Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in Parents of Transplant Recipients: Incidence, Severity, and Related Factors. *Pediatrics*. 2003; 111(6): e725-e731.
 24. Delucchi A, Gutierrez H, Arrellano C, et al. Factors that influence Nonadherence in Immunosuppressant Treatment in Pediatric Transplant Recipients: A proposal for an educational strategy. *Transplantation Proceedings*. 2008; 40: 3241-3243.
 25. Galbraith CA, Hathaway D. Long-Term Effects of Transplantation on Quality of Life. *Transplantation*. 2004; 77 (9) S84-S87.
 26. Bullington P, Pawola L, Walker R, et al. Identification of medication non-adherence factors in adolescent transplant patients: the patient's viewpoint. *Pediatr Transplantation*. 2007; 11: 914-921.
 27. Wu YP, Aylward BS, Steele RG. Associations between internalizing symptoms and trajectories of medical adherence among pediatric renal and liver transplant recipients. *Journal of Pediatric Psychology*. 2010; 35 (9): 1016-1027.
 28. Bakewell AB, Higgins RM, Edmunds ME. Does ethnicity influence perceived quality of life of patients on dialysis and following renal transplant? *Nephrol Dial Transplant*. 2001; 16: 1395-1401.
 29. Sundaram SS, Landgram JM, Neighbors K, et al. Adolescent Health-Related Quality of Life Following Liver and Kidney Transplantation. *American Journal of Transplantation*. 2007; 7: 982-989.
 30. Devine KA, Reed-Knight B, Simons LE, et al. Prospective comparison of parent and adolescent report of health-related quality of life in adolescent solid organ transplant recipients. *Pediatr Transplantation*. 2010; 14: 1000-1006.
 31. VanLeeuwen JJ, Matthews DE. Comprehensive mental health care in a pediatric dialysis – transplantation program. *CMA Journal*. 1975; 113: 959-962.

CB Avella-García
X Gastaminza
R Vacas
O Herreros

Aspectos psicológicos y trastornos psiquiátricos en el trasplante renal pediátrico

192

32. Fukunishi I, Suguwara Y, Takayama T, et al. Maladjustment Behaviors in Pediatric Living-Related Transplantation. *Transplantation Proceedings*. 2002; 34: 2767.
33. Faeder S, Moschenross D, Rosenberger E, Dew MA, DiMartini A. Psychiatric aspects of organ transplantation and donation. *Curr Opin Psychiatry*. 2015 Sep;28(5):357-64.
34. X Gastaminza. Comentario sobre la prevalencia del TDAH en España y en el mundo. 2013. *GEITDAH Papers*. n° 3:14-15.

LS Eddy Ives*; I Moral Peláez**; X Costa Royo***;
L Villegas Barragan*; MA López Bertrán***

* Centre Mèdic Sant Ramon, Santa Coloma de Gramenet (Barcelona)

** Unidad de investigación, EAP Sardanya-IIB Sant Pau, Barcelona

*** Centro Médico Maragda, Mataró (Barcelona); Creu Grogà, Calella (Barcelona)

Correspondencia:

LS Eddy Ives
Centre Mèdic Sant Ramon
Av. Generalitat 5, pl. 5
08922 Santa Coloma de Gramenet
lefaseddy@gmail.com

Parcialmente presentado en la 11ª Reunión Anual de la Sociedad Catalana de Psiquiatría infanto-juvenil: Estudi de les funcions executives en nens amb TDAH. Girona, 16 de octubre de 2015.

*Perfil de las funciones
ejecutivas de niños con TDAH
en comparación con población
general*

*Profile of executive functions of
children with ADHD compared
to general population*

RESUMEN

Introducción. Las alteraciones en las funciones ejecutivas se han relacionado con diversos cuadros psicopatológicos y de manera especial con la sintomatología nuclear del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Objetivos. Analizar las diferencias en el perfil de las funciones ejecutivas en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad y niños con neurodesarrollo típico y de manera secundaria en aquellos niños de ambos grupos que muestren un funcionamiento académico deficiente.

Material y metodología. Estudio prospectivo en niños de 6-14 años con trastorno por déficit de atención con hiperactividad procedentes de dos centros de salud mental infanto-juvenil y niños control de un servicio de pediatría habiendo descartado psicopatología a través del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ). El perfil de las funciones ejecutivas se registró a través del Cuestionario BRIEF para padres.

Resultados. Se reclutaron 94 sujetos, 25 niños en el grupo con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (72% hombres) y 69 en el grupo control

(51% hombres). Todas las puntuaciones registradas en el cuestionario respecto a las funciones ejecutivas mostraron diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0,001$). Niños con deficiente funcionamiento académico, en el grupo trastorno por déficit de atención con hiperactividad un 72%, y grupo control 7,25% ($p=0,001$). Aquí hubo diferencias significativas en todas las funciones ejecutivas a excepción de la de Control emocional, iniciativa, orden y supervisión.

Conclusión. Los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad muestran una evidente disfunción en las funciones ejecutivas en comparación con población de niños con neurodesarrollo típico, independientemente de si tienen un deficiente funcionamiento académico o no.

Palabras clave: Funcionamiento académico. Funciones Ejecutivas. TDAH.

SUMMARY

Introduction. Impairment of executive functions has been associated with different psychopathological disorders, especially with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

Objectives. Principal: to analyze the differences in the profile of executive functions in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and children with typical neurodevelopment, and secondarily those children in both groups showing poor academic performance.

Material and methodology. Prospective study of children aged 6-14 years with Attention Deficit Hyperactivity Disorder attended in two clinics of child and adolescent mental health, and healthy children of same ages attended in a pediatric office, out-ruling psychiatric pathology with Capabilities and Difficulties Questionnaire SDQ. Primary endpoint: executive functions evaluated by questionnaire BRIEF for parents.

Results. 94 subjects were recruited, 25 children in Attention Deficit Hyperactivity Disorder group (72% men), and 69 in control group (51% men). All executive functions showed significant differences between both groups ($p=0.001$). Children with poor academic performance, in Attention Deficit Hyperactivity Disorder group 72%, and controls 7.28% ($p=0.001$). In this case, all executive functions showed significant differences except Emotional Control, initiate, organization of materials and monitor.

Conclusion. Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder have obvious dysfunction in executive functions compared to typically developing children, regardless if they had poor academic performance or not. Children without Attention Deficit Hyperactivity Disorder but with poor academic performance have similar difficulties in controlling their emotions as a child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

Keywords: Academic performance. Executive functions. ADHD.

INTRODUCCIÓN

El concepto de funciones ejecutivas (FFEE) corresponde a un conjunto de habilidades cognitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, la formación de planes y programas, el inicio de las actividades y operaciones mentales, la autorregulación de las tareas y la habilidad de llevarlas a cabo eficientemente. Este concepto define la actividad de un conjunto de procesos cognitivos vinculada al funcionamiento de los lóbulos frontales del cerebro humano. La meta de las FFEE es solucionar problemas de una forma eficaz y aceptable para la persona y la sociedad. Las FFEE inhiben problemas

internos y externos irrelevantes y la influencia de las emociones y las motivaciones, y ponen en estado de alerta máxima el sistema de atención selectivo y sostenido antes, durante y después de ejecutar una acción. Acto seguido se informa de si el problema es nuevo o ha ocurrido anteriormente y sobre la solución y sus resultados, y se busca la información almacenada en la memoria remota y reciente. Dentro de este concepto se incluyen habilidades vinculadas a la capacidad de organizar y planificar una tarea estableciendo las prioridades, objetivos y activación para trabajar, sostenerlo en la mente mientras se ejecuta, inhibir las distracciones, cambiar de estrategias de modo flexible si el caso lo requiere, autorregular y controlar el curso de la acción para asegurarse que la meta propuesta esté en vías de lograrse. En síntesis, organización, anticipación, planificación, inhibición, memoria de trabajo, flexibilidad, autorregulación y control de la conducta constituyen requisitos importantes para resolver problemas de manera eficaz y eficiente.

Las alteraciones de las FFEE se han relacionado con diversos cuadros psicopatológicos y de manera muy especial con la sintomatología nuclear del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (1-5) y también con problemas asociados como es un deficiente funcionamiento académico (6-8). Hay estudios que muestran que los adultos con TDAH que siguen presentando un déficit en las FFEE tienen peor pronóstico (mayor desempleo, problemas de lectoescritura, menor cociente intelectual) en comparación con los adultos sin afectación de las FFEE (9). Por tanto, es de interés conocer mejor las disfunciones a nivel de las FFEE de los niños con TDAH para perfilar mejor las intervenciones psicológicas a realizar (10,11). Además, hay investigaciones recientes que sugieren que las FFEE no son estáticas, sino que pueden beneficiarse de un entrenamiento con tareas repetitivas (12-14). Por tanto, es necesario investigar más sobre las FFEE más afectadas en el niño con TDAH en comparación con un niño con neurodesarrollo típico, siendo este el objetivo principal del presente estudio.

El cuestionario BRIEF (del inglés, Behavior Rating Inventory of Executive Function) (15,16) tiene formato para padres y otro para docentes, y es un cuestionario ampliamente utilizado para la evaluación de las FFEE en niños de 5-18 años (17,18). Cada cuestionario contiene 86 ítems que exploran ocho áreas de las FFEE que se agrupan en dos índices principales, la regulación de la

conducta y la metacognición, además de proporcionar un índice global de las FFEE. Los ítems puntúan nunca, a veces, frecuentemente (1, 2 y 3 respectivamente). Las ocho áreas son:

1. *Inhibición*: habilidad para resistir a los impulsos y detener una conducta en el momento apropiado.
2. *Cambio o flexibilidad (shift, en inglés)*: habilidad para hacer transiciones y tolerar cambios, flexibilidad para resolver problemas y pasar el foco atencional de un tema a otro cuando se requiera.
3. *Control emocional*: refleja la influencia de las FFEE en la expresión y regulación de las emociones.
4. *Iniciativa*: habilidad para iniciar una tarea o actividad sin ser incitado a ello. Incluye aspectos tales como la habilidad de generar ideas, respuestas o estrategias de resolución de problemas de modo independiente.
5. *Memoria de trabajo*: capacidad para mantener información en la mente con el objeto de completar una tarea, registrar y almacenar información o generar objetivos. La memoria de trabajo es esencial para llevar a cabo actividades múltiples o simultáneas, como pueden ser los cálculos aritméticos o seguir instrucciones complejas.
6. *Organización y planificación*: son componentes importantes para la resolución de problemas. Organización implica la habilidad para ordenar la información e identificar las ideas principales o los conceptos claves en tareas de aprendizaje o cuando se trata de comunicar información, ya sea por vía oral o escrita. Planificación involucra plantearse un objetivo y determinar la mejor vía para alcanzarlo, con frecuencia a través de una serie de pasos adecuadamente secuenciados.
7. *Orden*: otro aspecto muy importante para la organización pues es la habilidad para ordenar las cosas del entorno. Incluye mantener el orden en los elementos de trabajo, juguetes, armarios, escritorios u otros lugares donde se guardan cosas, además de tener la certeza de que los materiales que se necesitarán para realizar una tarea estén efectivamente disponibles.
8. *Control o supervisión (monitoring, en inglés)*: comprende dos aspectos, el primero se refiere al hábito de controlar el propio rendimiento durante la realización de una tarea o inmediatamente tras

finalizar la misma, con el objeto de cerciorarse de que la meta propuesta se haya alcanzado adecuadamente; el segundo, es el autocontrol o self-monitoring que refleja la conciencia del niño acerca de los efectos que su conducta provoca en los demás.

OBJETIVOS

Objetivo principal. Analizar las diferencias en el perfil de las funciones ejecutivas en niños con TDAH y niños con un desarrollo típico.

Objetivos secundarios.

1. En los niños con deficiente funcionamiento académico, analizar si hay diferencias en las funciones ejecutivas entre niños con TDAH y niños con neurodesarrollo típico.
2. Valorar influencia de factores sociodemográficos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio prospectivo con reclutamiento de los casos de TDAH (G-TDAH) desde el Servicio de psiquiatría infanto-juvenil de dos centros privados de salud mental de la provincia de Barcelona. El diagnóstico de TDAH estuvo basado en la entrevista clínica, la recogida de datos biográficos, cuestionarios de sintomatología de TDAH para padres y para profesores, SPECI (Screening de Problemas Emocionales y de Conducta Infantil), pruebas atencionales (Test de puntos a contar de rey, D2 test de atención, Test de atención Caras-r, Stroop, Toulouse Piéron), y comparación de diferencias significativas en perfiles cognitivos del WISC-IV (Escala intelectual de Wechsler para niños).

El reclutamiento de los casos control (GC) se realizó desde un servicio privado de pediatría. Para descartar presencia de patología psiquiátrica, se pasó el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) versión padres (19). Todo niño que diera positivo en dicho cuestionario sería excluido del estudio y remitido a un servicio de salud mental infanto-juvenil.

Los criterios de inclusión para el G-TDAH era niños diagnosticados de TDAH de ambos sexos entre 6 y 14 años de edad, y para el GC mismas edades y sexo y sin presencia de ningún trastorno del neurodesarrollo. Los criterios de exclusión fueron: discapacidad cognitiva, cromosomopatía, trastorno psiquiátrico; alto nivel de inconsistencia en las respuestas; y la no aceptación del consentimiento informado.

VARIABLES

El variable principal a evaluar fueron las funciones ejecutivas evaluadas a través del Cuestionario BRIEF para padres. Otros variables que se tuvieron en cuenta fueron:

- Datos personales, familiares y sociodemográficos: edad, sexo, procedencia, estructura familiar, nivel estudios y trabajo de los padres, presencia de psicopatología en familiares de primer grado.
- Datos sobre funcionamiento académico: notas globales curso escolar 2013-14, haber repetido algún curso, tener una adaptación curricular (plan individualizado), y clases de refuerzo. Se catalogó como deficiente funcionamiento académico cuando el niño hubiera repetido un curso, tuviera un plan individualizado, necesitara clases de refuerzo, o tuviera 3 o más suspensos en sus notas finales del curso anterior.
- Datos clínicos de los niños con TDAH: fecha del diagnóstico de TDAH, presencia de comorbilidad, nivel de gravedad y tratamiento recibido.

MATERIAL

El material utilizado fue los cuestionarios BRIEF (Behavior Rating Inventory of Executive Function) versión para padres; Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) para padres; encuesta para la recogida datos personales, familiares y sociodemográficos, datos sobre funcionamiento académico, y datos clínicos de los niños con TDAH, diseñado ad-hoc para el estudio.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico Stata/MP 14. Para comparar las variables categóricas se utilizó la prueba de Ji Cuadrado. En el caso de los variables de tipo continuo, para comparar las distribuciones entre ambos grupos, se utilizó la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov debido al reducido tamaño muestral.

RESULTADOS

Se reclutaron un total de 94 sujetos, 25 pertenecientes al G-TDAH, 7 mujeres (28%) y 18 varones (72%) y 69 sujetos pertenecientes GC, 34 mujeres (49,3%) y 35 varones (50,7%).

El 16,7% de los casos mostraron antecedentes patológicos psiquiátricos en familiares de primer grado

Perfil de las funciones ejecutivas de niños con TDAH en comparación con población general

respecto al 10,1% de los controles (p=0,394). El 79,2% de los casos eran los mayores o hijos únicos, respecto al 50,7% de los controles (p=0,049) (Figura 1). En cuanto al trabajo de las madres, cabe destacar que el 20,8% de las madres del G-TDAH trabajaban por cuenta propia en contraposición a un 2,9 % en el GC, y por otra parte un 20,29 % de las madres del GC eran amas de casa, no habiendo ningún caso en el G-TDAH (p=0,005) (Figura 2).

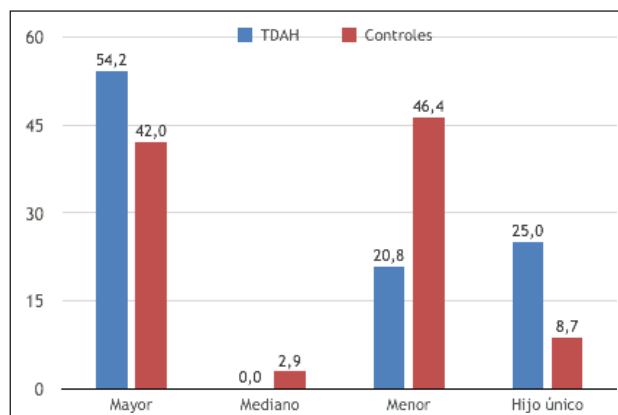


Figura 1. Posición del sujeto dentro de la familia respecto al resto de hermanos estratificando por grupos de estudio

Recibían tratamiento farmacológico para el TDAH el 40% de los casos, tratamiento psicológico el 60%, psicopedagógico el 44% y logopédico el 8%.

En cuanto a la variable principal de resultados, todas las FFEE, evaluadas con el cuestionario BRIEF, mostraron

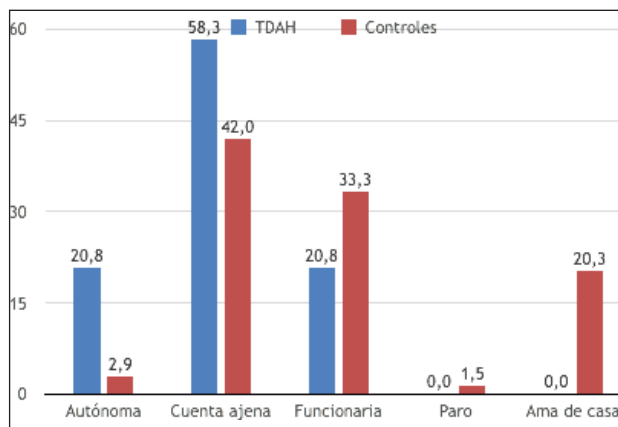


Figura 2. Situación laboral de las madres de los participantes estratificando por grupos de estudio.

diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de estudio en sus puntuaciones medias ($p < 0,001$) (Tabla 1).

deficiente en un 72% del G-TDAH y en un 7,2% del GC ($p < 0,001$) (Tabla 3).

Los cuestionarios BRIEF de los niños con deficiente funcionamiento académico comparando G-TDAH con GC mostraron diferencias estadísticamente significativas, aunque en menor medida (Tabla 4), en todas las funciones ejecutivas a excepción de las de Control Emocional, ($p = 0,150$), iniciativa ($p = 0,07$), orden ($p = 0,06$) y supervisión ($p = 0,072$).

Tabla 1. Descripción de los valores registrados en las dimensiones de las funciones ejecutivas del cuestionario BRIEF.			
FE	TDAH	Control	Valor de p
	media (IC 95%)	media (IC 95%)	
Inhibición	22,42 (20,43-24,40)	13,74 (13,02-14,46)	$p < 0,001$
Flexibilidad	14,92 (13,16-16,67)	11,01 (10,48-11,55)	$p < 0,001$
Control emocional	21,48 (19,58-23,38)	15,03 (14,12-15,94)	$p < 0,001$
Índice de Regulación Comportamental	59,09 (54,37-63,81)	39,70 (37,93-41,47)	$p < 0,001$
Iniciativa	15,68 (14,30-17,06)	11,13 (10,52-11,74)	$p < 0,001$
Memoria de trabajo	22,6 (21,01-24,19)	13,38 (12,65-14,10)	$p < 0,001$
Planificación/organización	26,70 (24,70-28,69)	15,62 (14,73-16,52)	$p < 0,001$
Orden	13,22 (11,75-14,69)	9,45 (8,88-10,02)	$p < 0,001$
Supervisión	17,79 (16,39-19,19)	11,74 (11,11-12,37)	$p < 0,001$
Índice de Metacognición	94,65 (88,27-101,04)	61,32 (58,47-64,17)	$p < 0,001$
Índice Global Funciones ejecutivas	154,37 (144,18-164,56)	100,82 (96,62-105,03)	$p < 0,001$

El análisis de los resultados académicos evidenció diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de estudio en todas las asignaturas. La tendencia era que los niños con TDAH mostraran en general peores notas que los niños del GC ($p < 0,001$), en educación física la diferencia no fue tan significativa, ($p = 0,042$) (Tabla 2). En cuanto al hecho de haber repetido algún curso escolar, los niños del G-TDAH habían repetido un 12%, y el GC un 1,45% ($p = 0,025$). Necesitaron un plan individualizado un 36% de los niños G-TDAH y ninguno de los controles ($p < 0,001$). Asistían a clases de refuerzo el 56% de los niños G-TDAH, en cambio solo un 4,35% del GC ($p < 0,001$). Se registró un funcionamiento académico

neurodesarrollo típico pero con deficiente funcionamiento académico.

Son evidentes las dificultades que tienen los niños con TDAH para seguir el ritmo del aprendizaje escolar pues más de la mitad tenían refuerzo escolar, más de un tercio un plan individualizado, y un 12% habían repetido algún curso. La alteración en las FFEE explica estas dificultades, por lo que es necesario a la hora de realizar las intervenciones psicopedagógicas tener en cuenta estas disfunciones, con el objetivo de mejorarlas. Hay estudios donde se trabaja sobre todo la memoria de trabajo y otras FFEE pertenecientes al Índice de Metacognición (24) pero en menores ocasiones se trabaja las FFEE

DISCUSIÓN

Tal como múltiples estudios han puesto de manifiesto (20-23), nuestro grupo de niños con TDAH mostraron deficiencias significativas en sus funciones ejecutivas en comparación con una población con neurodesarrollo típico, sin destacar ninguna como más afectada. En cuanto a las FFEE en el grupo de niños con deficiente funcionamiento académico, también hubo diferencias estadísticamente significativas entre los niños con TDAH y el grupo de niños con desarrollo típico para todas las FFEE a excepción de Control Emocional. Esto evidencia que los niños con deficiente funcionamiento académico tienen un mal control de sus emociones, similar a lo que le pasa al niño con TDAH, pero como las demás FFEE no están afectadas, no tiene por qué haber confusión diagnóstica entre un niño con TDAH y un niño con

Tabla 2. Notas finales en porcentajes registradas en el curso escolar 2013-14, estratificando por grupos de estudio.

Asignatura	Insuficiente n (%)	Suficiente n (%)	Bien n (%)	Notable n (%)	Excelente n (%)
Lengua catalana (p<0,001)					
TDAH (n=23)	7 (30,4%)	8 (34,8%)	8 (34,8%)	0 (0%)	0 (0%)
Control (n=55)	0 (0%)	7 (12,7%)	9 (16,4%)	25 (45,4%)	14 (25,4%)
Lengua castellana (p<0,001)					
TDAH (n=23)	4 (17,4%)	10 (43,5%)	9 (39,1%)	0 (0%)	0 (0%)
Control (n=55)	1 (1,8%)	8 (14,6%)	7 (12,7%)	22 (40%)	17 (30,9%)
Lengua extranjera (p<0,001)					
TDAH (n=23)	5 (21,7%)	13 (56,5%)	4 (17,4%)	1 (4,3%)	0 (0%)
Control (n=55)	1 (1,8%)	5 (9,1%)	6 (10,9%)	22 (40%)	21 (38,2%)
Matemáticas (p<0,001)					
TDAH (n=23)	6 (26,1%)	7 (30,4%)	7 (30,4%)	2 (8,7%)	1 (4,3%)
Control (n=55)	2 (3,6%)	4 (7,3%)	8 (14,6%)	14 (25,4%)	27 (49,1%)
Naturales (p<0,001)					
TDAH (n=23)	1 (4,3%)	6 (26,1%)	11 (47,8%)	4 (17,4%)	1 (4,3%)
Control (n=55)	2 (3,6%)	2 (3,6%)	7 (12,7%)	24 (43,6%)	20 (36,4%)
Sociales (p<0,001)					
TDAH (n=21)	0 (0%)	7 (33,3%)	10 (47,6%)	3 (14,3%)	1 (4,8%)
Control (n=55)	3 (5,4%)	2 (3,6%)	8 (14,5%)	24 (43,6%)	18 (32,73%)
Música (p<0,001)					
TDAH (n=22)	2 (9,1%)	7 (31,8%)	9 (40,9%)	3 (13,6%)	1 (4,5%)
Control (n=54)	0 (0%)	5 (9,3%)	3 (5,6%)	32 (59,3%)	14 (25,9%)
Plástica (p<0,001)					
TDAH (n=22)	0 (0%)	8 (36,4%)	11 (50%)	3 (13,6%)	0 (0%)
Control (n=53)	1 (1,9%)	1 (1,9%)	16 (30,2%)	23 (43,4%)	12 (22,6%)
Educación Física (p=0,042)					
TDAH (n=23)	1 (4,3%)	4 (17,4%)	6 (26,1%)	10 (43,5%)	2 (8,7%)
Control (n=55)	0 (0%)	3 (5,4%)	7 (12,7%)	29 (52,7%)	16 (29,1%)

que conforman el Índice de Regulación Emocional (25,26).

En cuanto a los resultados sociodemográficos, llama la atención el elevado porcentaje de madres del G-TDAH que trabajan por cuenta propia, una quinta parte, en comparación a menos de un 3% en el GC; y por otra parte, que ninguna fuera ama de casa cuando en el GC una quinta parte lo eran. Sin duda, conviene investigar más estos datos socio-familiares pues por una parte interesa saber si debido a la falta de apoyo social las madres ven más compatible la salida profesional como autónoma ya que un hijo con TDAH requiere mayor dedicación; y por otra, teniendo en cuenta que el entorno familiar influye sobre la posible manifestación del trastorno (27,28), interesa saber la influencia positiva que pudiera tener el hecho que la madre se dedique al 100% a la crianza de sus hijos. Otros autores han encontrado resultados parecidos, o sea, mayor presencia de TDAH en hijos de madres que trabajan fuera del hogar en comparación con madres dedicadas al hogar (29).

El otro dato sociodemográfico que llama la atención es el elevado número de hijos únicos en el G-TDAH, más del doble que en el GC. Teniendo en cuenta que el niño con TDAH provoca estrés en los padres (30-32) uno se pregunta si tuvieran un mayor apoyo social, si no optarían por tener una familia más amplia.

Entre las limitaciones del estudio cabe mencionar el número reducido de casos que puede dificultar poder extrapolar los resultados. También conviene tener en cuenta que los dos grupos pertenecen a diferentes poblaciones pero debido a que todos los centros eran privados, es altamente probable que las poblaciones fueran similares. Otra inconveniente fue no disponer de percentiles en población española para el cuestionario BRIEF, teniendo que utilizar puntuaciones medias. Finalmente, no hay consenso sobre cuál sería

Tabla 3. Descripción de diferentes aspectos del funcionamiento Académico del sujeto, estratificado por grupo de estudio.

	TDAH n (%)	Control n (%)	Valor de p
Repetir curso	3 (12%)	1 (1,4%)	0,025
Plan individualizado	9 (36%)	0 (0%)	<0,001
Refuerzo escolar	14 (56%)	3 (4,3%)	<0,001
Deficiente Funcionamiento Académico	18 (72%)	5 (7,2%)	0,001

Tabla 4. Descripción de los valores registrados en las dimensiones de las funciones ejecutivas del cuestionario BRIEF en sujetos con deficiente funcionamiento académico.

FE	TDAH	Control	Valor de p
	media (IC 95%)	media (IC 95%)	
Inhibición	23,24 (20,76-25,71)	13,6 (11,27-15,93)	p=0,005
Flexibilidad	15,71 (13,63-17,78)	11,2 (10,42-11,98)	p=0,024
Control emocional	21,89 (19,55-24,22)	16 (11,93-20,07)	p=0,150
Índice de Regulación Comportamental	61,38 (55,62-67,14)	41 (34,33-47,67)	p=0,006
Iniciativa	16,17 (14,34-17,99)	11,6 (9,68-13,52)	p=0,070
Memoria de trabajo	23,06 (21,07-25,04)	15,6 (13,27-17,93)	p=0,001
Planificación/organización	26,94 (24,07-29,81)	19,6 (16,40-22,81)	p=0,030
Orden	13,44 (11,41-15,46)	9,6 (7,91-11,29)	p=0,060
Supervisión	17,29 (15,43-19,15)	12,4 (10,47-14,33)	p=0,072
Índice de Metacognición	95,15 (85,34-104,97)	68,8 (63,57-74,03)	p=0,001
Índice Global Funciones ejecutivas	158,33 (142,86-173,80)	108,5 (106,65-110,35)	p=0,001

la definición concreta de deficiente funcionamiento académico.

CONCLUSIONES

Se evidencia la importante afectación de las funciones ejecutivas en los niños con TDAH, independientemente de si tienen un deficiente funcionamiento académico o no. Los niños sin TDAH pero con deficiente funcionamiento académico tienen dificultades en el control de sus emociones, de una forma similar a los niños con TDAH. Las familias con un hijo con TDAH requieren mayor apoyo desde la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brown TE. Trastorno por Déficit de Atención. Una mente desenfocada en niños y adultos. Ed. Elsevier Doyma 2006.

2. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment, 3d ed. New York: Guilford Press; 2006.

3. Burgess GC, Depue BE, Ruzic L, Willcutt EG, Du YP, Banich MT. Attentional control activation relates to working memory in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2010 April 1; 67(7): 632–640.

4. Kofler MJ, Rapport MD, Bolden J, Sarver DE, Raiker JS. ADHD and working memory: the impact of central executive deficits and exceeding storage/rehearsal capacity on observed inattentive behavior. *J Abnorm Child Psychol* 2010; 38: 149–161.

5. Abedi S, Mahmod Alilou M, Mousazadeh T. Comparison of Executive Functions of Frontal Lobe in Children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD) with Normal Children. *International J Psychol Behav Res* 2014; 3(1): 39-43.

6. Langberg JM, Dvorsky MR, Evans SW. What Specific Facets of Executive Function are Associated with Academic Functioning in Youth with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? *J abnorm child psychology*, 2013; 41(7): 1145-1159.

7. Martinussen R, Mackenzie G. Reading comprehension in adolescents with ADHD: Exploring the poor comprehender profile and individual differences in vocabulary and executive functions. *Res Dev Disab* 2015; 38 (3): 329–337.

8. Aly HY, Effat SMA, Azb HM, Abd Elsamei, AM. Executive functions among Egyptian children with attention deficit hyperactivity disorder and reading disabilities. *Middle East Current Psychiatry* 2015; 22: 97–106.

9. Halleland HB, Sørensen L, Posserud MB, Haavik J, Lundervold AJ. Occupational Status Is Compromised in Adults With ADHD and Psychometrically Defined Executive Function Deficits. *J Atten Disord* 2015. DOI: 1087054714564622.

10. Tamm L, Nakonezny PA. Metacognitive executive function training for young children with ADHD: a proof-of-concept study. *Atten Def Hyp Disord* 2015; 7 (3): 183-90.
11. Omid MH, Razini HH, Khalatbari J. The effect of executive functions training program in improving math skills and reduce clinical problems ADHD students. *Int J Rev Life Sci* 2014; 4(8): 1-7.
12. Klingberg T. Training and plasticity of working memory. *Trends Cogn Sci.* 2010; 14: 317-324.
13. Dovis S, Van der Oord S, Wiers RW, Prins PJ. Improving Executive Functioning in Children with ADHD: Training Multiple Executive Functions within the Context of a Computer Game. A Randomized Double-Blind Placebo Controlled Trial. *PLoS One.* 2015; 10(4): e0121651. doi: 10.1371/journal.pone.0121651. eCollection 2015.
14. Menezes A, Dias NM, Trevisan BT, Carreiro LR, Seabra AG. Intervention for executive functions in attention deficit and hyperactivity disorder. *Arq Neuropsiquiatr.* 2015; 73(3): 227-36.
15. Gioia GA, Isquith PK, Guy S, Kenworthy L. BRIEF: Behavior Rating Inventory of Executive Function. *Child Neuropsychol* 2000; 6(3): 235-8.
16. Gioia GA, Isquith PK, Guy SC, Kenworthy L. Behavior rating inventory of executive function. Lutz FL: Psychological Assessment Resources; 2000.
17. Soprano AM. Evaluación de las funciones ejecutivas en el niño. *Rev Neurol* 2003; 37 (1): 44-50.
18. García Fernández T, González-Pienda JA, Rodríguez Pérez C, Álvarez García D, Álvarez Pérez L. Psychometric characteristics of the BRIEF scale for the assessment of executive functions in Spanish clinical population. *Psicothema* 2014; 26 (1): 47-54.
19. Goodman R. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001, 40, 1337-1345.
20. Behrouzmanesh P, Arshadi FK, Moeeni ZS. The Relationship between Working Memory Related Behaviors and Self-Regulation and the Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity. *J Appl Environ Biol Sci* 2015; 4(12S): 111-117.
21. Davidson F, Cherry K, Corkum P. Validating the Behavior Rating Inventory of Executive Functioning for Children With ADHD and Their Typically Developing Peers. *Appl Neuropsychol Child* 2015; 25: 1-11.
22. Zarrabi M, Shahrivar Z, Doost MT, Khademi M; Nejad GZ. Concurrent Validity of the Behavior Rating Inventory of Executive Function in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2015; 9: e213.
23. Catale C, Meulemans T, Thorell, LB. The Childhood Executive Function Inventory - Confirmatory Factor Analyses and Cross-Cultural Clinical Validity in a Sample of 8- to 11-Year-Old Children. *J Attention Dis* 2015; 19 (6): 489-95.
24. Van der Donk ML, Hiemstra-Beernink A-C, Tjeenk-Kalff AC, van der Leij AV, Lindauer RJ. Interventions to improve executive functioning and working memory in school-aged children with AD(H)D: a randomised controlled trial and stepped-care approach. *BMC Psychiatry.* 2013; 13: 23.
25. Skogan AH, Zeiner P, Egeland J, Urnes AG, Reichborn-Kjennerud T, Aase H. Parent ratings of executive function in young preschool children with symptoms of attention-deficit/-hyperactivity disorder. *Behav Brain Funct* 2015; 11(1): 16.
26. García AM, Hernández S. Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev psiq inf-juv* 2010; 27 (1): 17-24.
27. Silva D, Colvin L, Hagemann E, Bower C. Environmental Risk Factors by Gender Associated With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* 2014; 133: e14.
28. Miranda A, Colomer C, Fernández MI, Presentación MJ, Roselló B. Analysis of personal and family factors in the persistence of attention deficit hyperactivity disorder: results of a prospective follow-up study in childhood. *PLoS One.* 2015 May 29; 10(5): e0128325. doi: 10.1371/journal.pone.0128325. eCollection 2015.
29. Bener A, Kamal M. Predict attention deficit hyperactivity disorder? Evidence -based medicine. *Glob J Health Sci.* 2013; 6(2): 47-57.
30. Guerra-Pradoa D, Mardomingo-Sanz MJ, Ortiz-Guerra JJ, García-García P, Soler-López B.

- Evolución del estrés familiar en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *An Pediatr (Barc)*. 2015; 83(5): 328-335.
31. Samiei M, Daneshmand R, Keramatfar R, Khooshabi K, Amiri N, Farhadi Y, Farzadfard SZ, Kachooi H, Samadi R. Attention Deficit Hyper Activity Disorder (ADHD) and Stress: A Mutual Relationship between Children and Mothers. *Basic Clinical Neuroscience* 2015; 6 (2): 113-22.
32. Moen ØL, Hall-Lord ML, Hedelin B. Living in a family with a child with attention deficit hyperactivity disorder: a phenomenographic study. *Journal Clinical Nursing* 2014; 23, 3166–3176.

A. Fernández Rivas*, A. Gatón Moreno**, E. Vivanco González*, E. Sesma Pardo*, I. Kerexeta Lizeaga*, A. Díaz Cosgaya*, MA González Torres*.

* Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Basurto (Bilbao)

** Red de Salud Mental de Vizcaya

Correspondencia:

Dra. Aranzazu Fernández Rivas
Sección de Psiquiatría infanto-juvenil. Pabellón Escuzza
Hospital Universitario Basurto
Avda. Montevideo 18. 48013 Bilbao
ARANZAZU.FERNANDEZRIVAS@osakidetza.eus

RESUMEN

Introducción: Los adolescentes residentes en Hogares Funcionales presentan más riesgo de presentar Trastorno disocial y consumo de tóxicos.

Método: Se estudió una muestra compuesta por todos los 431 adolescentes (12 y 17 años, 50,1% varones) que requirieron hospitalización en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Basurto a lo largo de 68 meses consecutivos. Analizamos las características diferenciadoras respecto al motivo de ingreso, diagnóstico psiquiátrico, consumo de tabaco, alcohol y drogas, antecedentes psiquiátricos personales y familiares entre aquellos adolescentes ingresados que residían en hogares funcionales y los que residían con sus familias.

Resultados: El motivo más frecuente de ingreso para el total de la muestra fue alteración de la conducta (60,7% para los menores residentes en hogares funcionales y 33% para los residentes con familia de origen), seguidos de descompensación psicótica (24,7%) para residentes en hogares funcionales, y trastorno de la conducta alimentaria (16,4%) para los residentes con sus familias ($p<0,001$). El diagnóstico psiquiátrico al alta más frecuente en ambos grupos fue trastorno psicótico (39,3% y 28,9%), siendo el trastorno disocial (37,1%) más prevalente en los adolescentes de hogares funcionales ($p<0,001$). Los residentes en hogares funcionales consumían más

Artículo Original

Psicopatología de los adolescentes residentes en hogares funcionales que precisan hospitalización psiquiátrica

Psychopathology of adolescents living in foster care who require a psychiatric hospitalization

tabaco (59,6%) ($p<0,001$), cannabis (50,6%) ($p<0,001$), anfetaminas (15,7%) ($p<0,01$) y cocaína (14,6 %) ($p<0,05$), y tenían más antecedentes de tratamiento psiquiátrico previo ($p<0,05$) y antecedentes familiares psiquiátricos ($p<0,001$).

Conclusiones: Los adolescentes que residen en hogares funcionales y precisan una hospitalización psiquiátrica representan un grupo de población en mayor riesgo de presentar trastorno disocial, consumir tabaco, cannabis y otras sustancias y poseer más antecedentes familiares psiquiátricos.

Palabras clave: Hogar Funcional, adolescentes, psicopatología, trastorno disocial, consumo de sustancias.

ABSTRACT

Introduction: adolescents living in Foster care show high risk of conduct disorder and drug use.

Method: A sample comprised by all 431 adolescents (ages 12-17, 50,1% men) admitted at the Child and Adolescent Psychiatric Inpatient Unit of Hospital Universitario Basurto during a period of 68 months was collected. Reason for admission, psychiatric diagnosis, tobacco, alcohol and drug use, personal and family psychiatric history were studied comparing those adolescents who live in Foster care with those living with their families.

Results: The most common reason for admission was

behavioral problems (60.7% in those living in foster care and 33% in those living with their families), followed by psychotic symptoms (24.7%) for adolescents in foster care, and eating disorders (16.4%) for those living with their families ($p < 0.001$). The most frequent psychiatric diagnosis at discharge was in both groups psychotic disorder (39.3%, 28.9%); and conduct disorder (37.1%) was more prevalent in adolescents in foster care ($p < 0.001$). Those adolescents in Foster care smoke more frequently (59.6%) ($p < 0.001$), and use cannabis (50.6%) ($p < 0.001$), amphetamines (15.7%) ($p < 0.01$), and cocaine (14.6 %) ($p < 0.05$) also more frequently. They had had more previous psychiatric treatments ($p < 0.05$) and more psychiatric disorders in their families ($p < 0.001$).

Conclusions: Adolescents in Foster Care who are admitted to inpatient psychiatric units are a group at a high risk of conduct disorder, tobacco, cannabis and drug use, and have more frequent history of psychiatric disorders in their families.

Keywords: Foster Care, adolescents, psychopathology, conduct disorder, substance use

INTRODUCCIÓN

En España, la Estadística Básica de Medidas de Protección a la Infancia, elaborada por la Dirección General de las Familias y la Infancia, cifra en 29.544 el número total de menores que, el 31 de diciembre de 2006, se encontraban tutelados por alguna Administración pública española, y en 9.590 los menores con expediente de guarda administrativa. Por otra parte, en el mismo periodo, un total de 11.257 menores estaban acogidos en centros (sin contabilizar los de Andalucía, Mallorca y Melilla, cuyos datos no figuraban en la estadística), bien como consecuencia de la tutela o con independencia de ella. En los últimos años, la tendencia, tanto en el número de tutelas como en el de acogimientos residenciales, es ascendente (4).

Los menores que residen en hogares funcionales, con frecuencia, han sido víctimas de abuso físico o negligencia (3), y presentan más riesgo de consumo de sustancias (20, 25) y de desarrollo de patología de salud mental (15).

Respecto al consumo de tóxicos, este es más frecuente en jóvenes en acogimiento residencial comparado con la población general. En adultos jóvenes con historia personal de haber residido en un hogar funcional, se ha visto una mayor tasa de consumo de sustancias (25). Se

realizó un estudio en el que se evaluó adultos jóvenes sin hogar con antecedentes de haber residido en un hogar funcional en su infancia, encontrándose que presentaban un mayor consumo de tabaco, marihuana, y tratamiento previo por consumo de drogas (27). La conducta delictiva también es un factor de riesgo para el consumo de tóxicos, tanto drogas sociales como ilegales (29).

Ha habido varios estudios que han evaluado los factores de riesgo para el consumo de tóxicos en menores residentes en hogares funcionales. Por una parte, se ha encontrado como factores de riesgo pertenecer a raza blanca, historia personal de negligencia física, historia personal de trastorno por estrés post traumático o trastorno de la conducta y estar en situación de vivienda más independiente o de desprotección (30). Otro estudio encontró como factores de riesgo de consumo de sustancias el sexo masculino, historia previa de abuso, presencia de clínica internalizante y/o externalizante, consumo de sustancia en pares y mayor edad de entrada en el hogar funcional (1).

Respecto a la escolarización y educación, tienden a desarrollar más problemas conductuales y de disciplina, experimentan más fallos en su educación debido al frecuente cambio de colegios al que se ven sometidos, con mayor frecuencia están en educación especial y presentan más absentismo escolar que los menores que viven con sus familias biológicas (4).

Así mismo, los menores en acogimiento residencial están en riesgo de presentar más conductas sexuales de riesgo (2, 26). Se ha relacionado la severidad del abuso sexual en la infancia con los comportamientos sexuales de riesgo en estos adolescentes (6). El uso de marihuana y la conducta delictiva se ha visto como los mayores predictores para presentar conductas sexuales de riesgo de adquirir VIH (26).

Por último, los menores residentes en hogares funcionales presentan más riesgo de desarrollo de patología de Salud Mental (15), tasas más altas de ingresos psiquiátricos y de uso de medicación psicotrópica (22). Un reciente estudio realizado en adultos jóvenes sin hogar con historia en su infancia de haber residido en un hogar funcional, concluyó que dicho antecedente aumentaba la frecuencia de presentar un diagnóstico de trastorno de ansiedad, afectivo o psicótico, de recibir medicación psicotrópica o de haber sido ingresado en una unidad de psiquiatría (28).

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

En el presente estudio se establecen las diferencias psicopatológicas respecto al consumo de tóxicos, antecedentes familiares y diagnóstico de enfermedad mental en un grupo de adolescentes que precisaron hospitalización psiquiátrica comparando los menores residentes en hogares funcionales y los que residen con su familia biológica.

Se recogieron todos los ingresos de entre 12 a 17 años de edad hospitalizados en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Universitario de Basurto (Bilbao) de febrero del 2005 a septiembre del 2009. La muestra estaba formada por un total de 431 ingresos, el 50,1% varones y 49,9% mujeres. Del total, 89 residían en Hogares funcionales (13,2% varones y 7,4% mujeres) y 342 con su familia de origen (36,9% varones y 42,5% mujeres). La edad media del grupo de los residentes en hogares funcionales fue de: 15,08 años, desviación típica 1,842.

Procedimientos

Se trata de un estudio prospectivo en el que para obtener los datos sobre las características sociodemográficas y sobre la historia personal y familiar de enfermedad mental de cada menor se les realizó entrevistas clínicas a pacientes, familia y/o tutor.

El estudio recibió la aprobación del Comité de Investigación y Ensayos Clínicos del Hospital Universitario de Basurto de forma previa a su puesta en marcha.

Se recogieron las siguientes variables: motivo de ingreso, diagnóstico al alta, consumo de tóxicos (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas), antecedentes personales psiquiátricos y familiares, medido este último como tratamiento, ingreso psiquiátrico, consumo de alcohol y otros tóxicos, entre menores residentes en hogares funcionales respecto a los que viven con sus familias que precisaron ingreso psiquiátrico en nuestra Unidad.

Respecto al diagnóstico al alta, se realizó por el psiquiatra responsable de la Unidad, siendo el mismo profesional para todos los menores, siguiendo los criterios de la CIE 10.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados mediante el paquete

estadístico SPSS 15.0. Se realizó análisis descriptivos de los datos y análisis bivariados mediante las pruebas Chi cuadrado de Pearson y el Test estadístico exacto de Fisher para las variables no cuantitativas, y T student para las cuantitativas.

RESULTADOS

Respecto al motivo de ingreso entre los adolescentes que residen en hogares funcionales, el más frecuente fue la alteración de la conducta (60,7%), seguido de descompensación psicótica (24,7%). El más frecuente para los menores residentes con sus familias biológicas fue la alteración de la conducta (33%) y el segundo el trastorno de la conducta alimentaria (TCA) (16,4%). Destaca la disparidad en el resto de los motivos entre ambos grupos (conducta suicida y clínica depresiva en menores residentes con sus familias). ($p < 0,001$). La tabla 1 refleja los motivos de ingreso en ambos grupos.

Tabla 1. Motivo de ingreso en la Unidad de Psiquiatría Infanto juvenil ($p < 0,001$)

Motivo de ingreso	Hogar funcional (N=89)		Familia biológica (N=342)	
	N	%	N	%
Alteración de la conducta	54	60,7	113	33,0
Descompensación psicótica	22	24,7	69	20,2
Conducta suicida	11	12,4	59	17,3
Clínica depresiva	2	2,2	27	7,9
TCA	0	0	56	16,4

Tabla 2. Diagnóstico emitido al alta del ingreso de la Unidad de Psiquiatría Infanto Juvenil ($p < 0,001$)

Diagnóstico al alta	Hogar funcional (N=89)		Familia biológica (N=342)	
	N	%	N	%
Trastorno psicótico	35	39,3	99	28,9
Trastorno disocial	33	37,1	50	14,6
Trastorno adaptativo	9	10,1	69	20,2
Retraso mental	6	6,7	8	2,3
Trastorno depresivo	0	0	41	12,0
TCA	0	0	59	17,3

En cuanto al diagnóstico psiquiátrico al alta de la hospitalización (tabla 2), el diagnóstico más frecuente en ambos grupos fue el de trastorno psicótico (39,3%, 28,9%) seguido de trastorno disocial en el grupo de menores residentes en hogares funcionales y trastorno adaptativo en los residentes con su familia. ($p < 0,001$).

Respecto al consumo de tabaco (valorado como positivo el consumo de al menos 1 vez/semana), éste era más frecuente en el grupo de adolescentes residentes en centros de menores (tabla 3) (59,6%, 36,3%) ($p < 0,001$).

El consumo de alcohol (valorado como positivo el consumo de al menos 1 vez/mes) no demostró diferencias significativas entre ambos grupos (45,5% los residentes en hogares y 44,8% los adolescentes que viven con sus familias).

Del mismo modo son los adolescentes que residen en hogares funcionales los que consumen en mayor medida sustancias (valorado como consumo alguna vez en la vida): el más frecuente cannabis (50,6%, 27,9%) ($p < 0,001$); seguido de anfetaminas (15,7%, 6,4%) ($p < 0,01$) y por último cocaína (14,6%, 6,7%) ($p < 0,05$).

Tabla 3. Consumo de tabaco, alcohol y sustancias por parte de los menores que precisan ingreso psiquiátrico.

	Hogar funcional		Familia biológica	
	N	%	N	%
Consumo de tóxicos				
Tabaco	53	59,6	113	36,3 ***
Alcohol	40	45,5	148	44,8
Canabis	45	50,6	92	27,9 ***
Anfetaminas	14	15,9	21	6,4 **
Cocaína	13	14,8	22	6,7 *

* $P < 0,05$
 ** $P < 0,01$
 *** $P < 0,001$

La mayoría de los adolescentes en hogares funcionales habían estado en seguimiento psiquiátrico previo. Antes de los 10 años de edad el 60,7% frente a un 43,9% de los menores que residen con su familia ($p < 0,01$); entre los 10 años de edad y los 6 meses previos al ingreso un 84,3% frente a un 71,9% ($p < 0,05$) (Tabla 4).

Tabla 4. Seguimiento psiquiátrico previo al ingreso.

	Hogar funcional		Familia biológica	
	N	%	N	%
Tratamiento psiquiátrico previo				
Antes de 10 años de edad	54	60,7	150	43,9 **
Entre los 10 años de edad y 6 meses previos al ingreso	75	84,3	246	71,9 *
En los 6 meses previos al ingreso	77	86,5	278	81,3

* $P < 0,05$
 ** $P < 0,01$

Respecto a los antecedentes familiares (Tabla 5), el 19,1% de las madres de los menores residentes en hogares funcionales y el 22,5% de los que convivían con sus familias de origen recibían tratamiento psiquiátrico ambulatorio ($p < 0,001$), frente a un 12,4% y 9,6% respectivamente de los padres ($p < 0,001$). El 10,1% y 2,3% de las madres habían precisado ingreso psiquiátrico previo ($p < 0,001$), frente a un 5,6% y 1,5% de los padres respectivamente ($p < 0,001$). En un 30,3% de los adolescentes residentes en hogares funcionales existían antecedentes familiares de consumo de alcohol frente a un 14,6% de los que vivían con su familia biológica ($p < 0,001$); y un 40,4% antecedentes de consumo de otros tóxicos frente a un 10,5% ($p < 0,001$).

Tabla 5. Antecedentes familiares de los menores que ingresan en Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. ($p < 0,001$)

	Hogar funcional		Familia biológica	
	N	%	N	%
Antecedentes familiares				
Tto psiquiátrico de la madre	17	19,1	77	22,5
Tto psiquiátrico del padre	11	12,4	33	9,6
Ingreso psiq de la madre	9	10,1	8	2,3
Ingreso psiq del padre	5	5,6	5	1,5
Consumo de OH	27	30,3	50	40,6
Consumo de otros tóxicos	36	40,4	36	10,5

DISCUSIÓN

Según los datos obtenidos en nuestro estudio, podemos concluir que los menores que requieren una hospitalización psiquiátrica y residen en hogares funcionales presentan

significativamente mayor prevalencia de diagnóstico al alta de Trastorno disocial. Sin embargo en el caso de adolescentes que requieren ingresos psiquiátricos pero que residen con sus familias presentan como trastornos psiquiátricos más frecuentes: Trastorno depresivo, adaptativo y Trastorno de la conducta alimentaria.

Las diferencias entre el motivo de ingreso entre los dos grupos fueron más llamativas en lo que respecta a la alteración de la conducta para el grupo de los adolescentes en acogimiento residencial, frente a problemas de la conducta alimentaria y clínica depresiva en los adolescentes residentes con sus familias.

Los menores residentes en hogares funcionales están también en mayor riesgo de presentar trastorno depresivo mayor, manía, y trastorno por estrés postraumático comparado con la población general (18). Los estudios han encontrado que éstos presentan más trastornos de la conducta, con más síntomas externalizantes (14, 19) e internalizantes dentro del rango clínico (12). Con frecuencia estos síntomas son comórbidos con un alto porcentaje de delincuencia y conductas de riesgo (20).

Particularmente, por la carencia afectiva en la crianza durante los primeros años de vida, unido en ocasiones a la experiencia de maltrato o incluso abuso, los menores que precisan ser atendidos en el sistema de protección a la infancia están significativamente en riesgo de presentar problemas emocionales y trastornos de conducta en comparación con sus pares (16). Los menores con historia personal de maltrato que residen en un hogar funcional presentan más riesgo de exhibir comportamientos antisociales y agresividad (10, 13), así como estar envueltos en el sistema de justicia juvenil (16). Los trastornos más frecuentes que se observan en los menores integrados en acogimiento residencial son el trastorno oposicionista desafiante y el trastorno disocial si comparamos su prevalencia con la poblacional (25).

Los comportamientos disociales más prevalentes en la infancia son las peleas, los incendios y los robos (23). Examinando todos los trastornos de salud mental, los trastornos de la conducta son los que más fuertemente predicen el estar envueltos en el sistema de justicia juvenil (32). Los comportamientos antisociales se han relacionado con el género masculino, pertenecer a familia extensa, madre joven, familia desestructurada, menor nivel de inteligencia y mala relación padre-hijo (8). Los trastornos disociales se han visto asociados al trastorno antisocial de la personalidad, la dependencia a sustancias

y a trastorno depresivo en la edad adulta (17, 23).

Según nuestro estudio, haber residido en un hogar funcional se asocia de forma estadísticamente significativa con el consumo de cannabis, tabaco, anfetaminas y cocaína, en cambio en nuestro estudio no encontramos asociación significativa con el consumo de alcohol.

Estos resultados concuerdan con los encontrados en estudios previos (27), en los que se detecta cómo un antecedente previo de acogimiento residencial se asocia al consumo de drogas, en cambio no al alcohol, que parece un tóxico más extendido entre la población adolescente en nuestra sociedad.

En un estudio que valoró diferentes factores de riesgo para el consumo de tóxicos en menores integrados en el Sistema de Protección a la Infancia, el factor que se vio asociado fue el abandono temprano del domicilio familiar. En este mismo estudio también se valoró factores protectores, encontrándose únicamente como protector la unión estrecha al cuidador (29).

Estudios han encontrado que una relación familiar de apoyo y cercana reduce el riesgo de consumo de tóxicos y trastornos del comportamiento en los jóvenes (9). Así mismo, destacan la importancia de la influencia de los pares, ya que a estas edades el consumo de tóxicos rara vez es una actividad solitaria (11). Los jóvenes que pasan su tiempo libre con pares delincuentes están en mayor riesgo de acabar consumiendo sustancias (9).

En nuestro estudio encontramos asociación estadísticamente significativa en la presencia de antecedentes familiares psiquiátricos de primer grado (madre, padre y hermanos) medidos como ingresos psiquiátricos previos, tratamientos ambulatorios, consumo de alcohol y otros tóxicos en el grupo de adolescentes que residían en un hogar funcional frente a los que no.

Según un estudio, la depresión en los progenitores es más importante para predecir la depresión infantil que otros factores de riesgo tales como divorcio de los padres o una baja unión familiar. En contraste, tanto la depresión de los progenitores como los factores de riesgo familiares contribuían a predecir los trastornos de la conducta (8). Por otra parte, otro estudio encontró que el porcentaje de trastorno de la personalidad antisocial en los familiares de jóvenes con depresión y trastorno de la conducta era más elevado que en los familiares de jóvenes únicamente con depresión (31).

Una buena conexión padre hijo se ha visto relacionada

con un descenso del riesgo del consumo de sustancias, de la depresión, del bullying y de las relaciones sexuales tempranas. Por otra parte, una hostilidad en las relaciones se asocia con resultados problemáticos, como delincuencia, comportamientos externalizantes, conductas antisociales y consumo de sustancias (9).

Los factores que reflejan un mejor ajuste son habilidades cognitivas tempranas del menor, competencias sociales adecuadas, estabilidad del cuidador y baja frecuencia de abuso físico en la infancia (21).

CONCLUSIONES

Los adolescentes que residen en hogares funcionales y requieren de hospitalización psiquiátrica presentan una mayor prevalencia de trastorno disocial, consumo de tabaco y drogas, seguimiento psiquiátrico y antecedentes familiares de enfermedad mental. Estos resultados probablemente reflejen las consecuencias que la crianza en un entorno negligente o carente de cuidados adecuados provoca o incrementa el riesgo de desarrollar, especialmente en cuanto a la patología externalizante. Por lo tanto, es preciso poner en marcha medidas preventivas que disminuyan la incidencia de patología mental en estos casos, así como realizar una detección lo más temprana posible que permita iniciar abordajes terapéuticos precoces encaminados a incidir en una evolución y pronóstico más favorables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aarons, G. A., Monn, A. R., Hazen, A. L., Connelly, C. D., Leslie, L. K., Landsverk, J. A., Hough, R. L., & Brown, S. A. Substance involvement among youths in child welfare: The role of common and unique risk factors. *The American Journal of Orthopsychiatry* 2008, 78(3), 340-349.
2. Auslander, W.F., McMillen, J.C., Elze, D., Thompson, R., Jonson-Reid, M., & Stiffman, A. Mental health problems and sexual abuse among adolescents in foster care: Relationship to HIV risk behaviors and intentions. *AIDS & Behavior* 2002, 6, 351-359.
3. Barth, R.P., Wildfire, J., & Green, R.L. Placement into foster care and the interplay of urbanicity, child behaviour problems, and poverty. *American Journal of Orthopsychiatry* 2006, 76(3), 358-666.
4. Blome, W. What happens to foster kids: Educational experiences of a random sample of foster care youth and matched group of non-foster care youth. *Child and Adolescent Social Work Journal* 1997, 14, 41-53.
5. Defensor del pueblo (España) 2009. Centros de protección de menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social. http://www.defensordelpueblo.es/documentacion/informesmonograficos/informe_menores_09.pdf.
6. Elze, D. E., Auslander, W., McMillen, C., Edmond, T., & Thompson, R. Untangling the impact of sexual abuse on HIV risk behaviour among youths in foster care. *AIDS Education and Prevention* 2001, 13, 377-389.
7. Farrington D. P. Psychosocial predictors of adult antisocial personality and adult convictions. *Behav Sci Law* 2000. 43, 133-164.
8. Fendrich, M., Warner, V., & Weissman, M.M. Family risk factors, parental depression, and psychopathology in offspring. *Developmental Psychology* 1990, 26, 40-50.
9. Fosco G., Stormshak E., Dishion. T., Winter C. Family relationships and parental monitoring during middle school as predictors of early adolescent problem behavior. *J Chin Child Adolesc Psychol.* 2012, 41 (2): 202-213.
10. Hazen, A.L., Connelly, C. D., Roesch, S., Hough, R. L., & Landsverk, J. Child maltreatment profiles and adjustment problems in high-risk adolescents. *Journal of Interpersonal Violence* 2009, 24, 361-378.
11. Heinze HJ, Toro PA, Urberg KA. Antisocial Behavior and affiliation with deviant peers. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2004, 33, 336-346.
12. Heflinger, C. A., Simpkins, C. G. & Combs-Orme, T. Using the CBCL to determine the clinical status of children in state custody. *Children and Youth Services Review* 2000, 22, 55-73.
13. Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Taylor, A. Physical maltreatment victims to antisocial child: Evidence of and environmentally process. *Journal of Abnormal Psychology* 2004, 113, 44-55.
14. Keil, V., & Price J. M. Externalizing behaviour disorders in child welfare settings: Definition, prevalence, and implications for assessment and treatment. *Children and Youth Services Review* 2006, 28, 761-779.

15. Landsverk, J. (ed.). Foster care and pathways to mental health services. Lincoln: University of Nebraska Press; 1999.
16. Maschi, T., Bradley, C. A., & Morgen, K. Unraveling the link between trauma and delinquency: The mediating role of negative affect and delinquent peer exposure. *Youth Violence and Juvenile Justice* 2008, 6, 136-157.
17. McGue M & Iacono WG. The association of early adolescent problem behaviour with adult psychopathology. *Am J Psychiatry* 2005, 162: 1118-1124.
18. Pecora, P. J., Jensen, P. S., Romanelli, L. H., Jackson, L. J. & Ortiz, A. Mental health services for children placed in foster care: an overview of current challenges. *Child Welfare* 2009, 88, 5-26.
19. Pilowsky, D. Psychopathology among children placed in family foster care. *Psychiatry Services* 1995, 46, 906-910.
20. Pilowsky, D. J., & Wu, L. T. Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample of American adolescents involved with foster care. *Journal of Adolescent Health* 2006, 38(4), 351-358.
21. Proctor, L. J., Skriner, L. C., Roesch, S., & Litrownik, A. J. Trajectories of behavioral adjustment following early placement in foster care: predicting stability and change over eight years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010, 49(5), 464-473.
22. Raghavan, R., Lama, G., Kohl, P., & Hamilton, B. Interstate variations in psychotropic medication use among a national sample of children in the child welfare system. *Child Maltreatment* 2010, 15:121-131.
23. Reijneveld S.A., Crone M.R., & Meer G. Early detection of children at risk for antisocial behaviour using data from routine preventive child healthcare. *BMC Pediatrics* 2012. 12: 24.
24. Steele J.S., & Buch, KF. Medical and Mental Health of children entering the Utah foster care system. *Pediatrics* 2008. 122, 3.
25. Thompson, R.G. & Auslander, W.F. Risk factors for alcohol and marijuana use among adolescents in foster care. *Journal of substance abuse treatment* 2007, 32, 61-69.
26. Thompson, R.G. & Auslander, W.F. Substance use and mental health problems as predictors of HIV sexual risk behaviors among adolescents in foster care. *Health & Social Work* 2011, 36, 33-43.
27. Thompson, R.G., & Hasin, D. S. Cigarette, marijuana, and alcohol use and prior drug treatment among newly homeless young adults in New York City: Relationship to a history of foster care. *Drug and Alcohol Dependence* 2011, 117, 66-69.
28. Thomposon, R. G., & Hasin, D. Psychiatric disorders and treatment among newly homeless young adults with histories of foster care. *Psychiatric services* 2012. 63(9), 906-912.
29. Traube, D.E., James, S., Zhang, J., & Landsverk, J. A national study of risk and protective factors for substance use among youth in the child welfare system. *Addictive Behaviors* 2012, 37, 641-650.
30. Vaughn, M. G., Ollie, M. T. McMillien, J. C., Scott, L., & Munson, M. Substance use and abuse among older youth in foster care. *Addictive Behaviors* 2007, 32(9), 1929-1935.
31. Williamson, D.E., Ryan, N.D., Birmaher, R.E., Kaufman, J., Rao, U., & Puig-Antich, J, J. A case-control family history study of depression in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995, 34, 1596-1607.
32. Yampolskaya S., & Chuang E. Effects of Mental Health Disorders on the Risk of Juvenile Justice System Involvement and Recidivism Among Children Placed in Out-of-Home Care. *American Journal of Orthopsychiatry* 2012. 4, 585-593.

Verónica Pousa Rodríguez^a, Nora Olazabal Eizaguirre^b, Eva Sesma Pardo^c, Aránzazu Fernández-Rivas^c, Miguel Ángel Gonzáles-Torres^c.

^a Psicóloga Clínica. Unidad de Salud Mental y Sordera Niños y Adolescentes. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

^b Psiquiatra. Unidad de Salud Mental y Sordera Niños y Adolescentes. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

^c Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Correspondencia:

Pabellón Escuzza, Hospital Universitario Basurto •
Avda. Montevideo 18 • 48013 Bilbao
veronica.pousarodriguez@osakidetza.eus

*De la incomunicación sensorial
a la bienvenida al mundo:
tratamiento con terapia de juego
en un niño con sordera*

*From sensory isolation to
welcome the world: play
therapy treatment in a child with
deafness*

RESUMEN

El juego es la vía natural de comunicación de los niños. A través del juego, el niño expresa ansiedades y resuelve conflictos. La terapia del juego se utiliza como herramienta para promover la expresión y la gestión de los conflictos internos y para entender las emociones de los niños.

Caso Clínico: presentamos el caso de un niño de 10 años de edad, con diagnóstico de sordera y de síndrome de CHARGE (acrónimo en inglés de los signos de la enfermedad: C: coloboma ocular, H: cardiopatía, A: atresia de las coanas, R: retraso del crecimiento y/o desarrollo, G: hipoplasia genital, E: anomalías del pabellón auricular y/o sordera). Tiene dificultades de expresión y es complejo establecer una comunicación efectiva con él. Llevamos a cabo una intervención basada en la terapia de juego no directiva, centrada en el apoyo al desarrollo del ego y el reconocimiento emocional.

Conclusiones: la terapia de juego puede servir de puente entre el conocimiento consciente y las experiencias emocionales. El trabajo con terapia de juego, ayudó a este niño a comprender y comunicar sus emociones. Creemos que es una buena técnica para ayudar a los niños con discapacidad auditiva a experimentar e identificar

emociones.

Palabras clave: sordera, terapia de juego, trastorno del desarrollo, mentalización.

ABSTRACT

Play is the natural way of communication of children. Through play, the child expresses his anxieties and resolves his conflicts. Play therapy is used to promote the expression and management of internal conflicts and to understand children's emotions.

Case report: We present the case of an 10-year-old boy diagnosed with CHARGE syndrome. He is deaf. His ability to communicate is markedly impaired and it is difficult to establish an effective communication channel with him. Our intervention focused on supporting development of ego and emotional recognition. To achieve this goal we started a non-directive play therapy.

Conclusion: Play therapy bridges the gap between concrete experiences and abstract thought and emotional experiences. Working with play therapy has helped this child understand and communicate his emotions more effectively. We believe this constitutes an effective technique that helps deaf children experiment and identify emotions.

Verónica Pousa Rodríguez
Nora Olazabal Eizaguirre
Eva Sesma Pardo
Aránzazu Fernández-Rivas
Miguel Ángel Gonzáles-Torres

210

Key words: deafness, play therapy, developmental disorder, mentalization.

INTRODUCCIÓN

El juego es una actividad central durante la niñez, le ofrece al niño la posibilidad de elaborar conflictos, hallar satisfacciones, y expresar deseos. Para el psicólogo, supone una vía regia de acceso a la subjetividad y al psiquismo: a través del juego del niño se puede realizar una evaluación y diagnóstico de lo que le sucede, y, si fuera necesario, indicar un tratamiento.

El objetivo de este trabajo es describir, mediante el estudio de un caso, el abordaje psicológico de las habilidades de mentalización y regulación de las emociones a través del juego.

Se presenta el caso de un niño de 10 años de edad, con sordera prelocutiva y severas limitaciones en las capacidades de comunicación, que presenta alteraciones del comportamiento. El marco terapéutico desde el que se aborda el caso es un tratamiento centrado en la terapia de juego no directiva, con la que se trabaja la capacidad de reconocimiento, simbolización y manejo de las emociones. Se analiza el material recogido durante los 2 años de sesiones semanales con el niño, así como de dos horas de juego grabadas, con el padre y con la madre.

Mentalización y sordera

Desde el momento del nacimiento, el lenguaje es el principal instrumento mediador en el proceso de interacción entre cuidadores y niños. Las alteraciones en las interacciones tempranas de los niños sordos con su entorno, así como el retraso en la adquisición del lenguaje, tendrán implicaciones en el desarrollo socio-emocional y la competencia cognitiva-social. Los estudios al respecto muestran que en comparación con los oyentes, las personas sordas tienen un retraso en la alfabetización emocional y el desarrollo de la teoría de la mente de 3-4 años (1).

En relación con la aparición de las habilidades de mentalización en la infancia, el juego con un padre supone una vía óptima para su desarrollo, ya que mejora la integración entre la realidad interna y externa del niño. En el juego, el cuidador le puede transmitir al niño ideas y sentimientos, mostrando que ellos pueden compartir el juego a pesar de que el cuidador pertenece al mundo externo adulto. En el contexto lúdico, el niño puede empezar a establecer la conexión entre su mundo

De la incomunicación sensorial a la bienvenida al mundo: tratamiento con terapia de juego en un niño con sordera

interno y el mundo interno del adulto. Estas experiencias son cruciales para poder realizar un procesamiento preciso de la realidad externa y moldear o modificar en consecuencia el mundo interno (2).

El juego en Psicología Infantil

En la evaluación o psicodiagnóstico infanto-juvenil, la información que nos puede transmitir un niño es mucho más limitada que en el caso del adulto, ya que no cuenta con un registro verbal y cognitivo tan elaborado y abstracto (3). Entre las herramientas para estimar si el desarrollo de un niño es el esperable para su momento evolutivo tenemos el juego, técnica proyectiva en torno a la cual girará este artículo.

El juego constituye una de las formas privilegiadas de expresión de los niños. Como señala Nora Fornari, en el juego del niño las acciones se despliegan de manera singular. El niño “habla” en sus juegos, con su cuerpo y con lo que hace con los objetos (4); por tanto el psicólogo puede “escuchar” lo que el niño/a “dice” cuando juega.

Desde que Sigmund Freud (1909) descubrió la significación del juego en la elaboración psíquica, han sido varios los autores que han realizado aportaciones para considerar el juego como recurso terapéutico clave. Anna Freud intentó la primera sistematización del método de análisis de niños; Melanie Klein (1929) creó la técnica de juego como método para acceder al psiquismo infantil; y Arminda Aberastury creó la Hora de Juego Diagnóstica (1962).

Aunque la utilización del juego como técnica diagnóstica surgió en el ámbito del psicoanálisis, las conceptualización del mismo como medio de conocer y potenciar aspectos importantes de la vida del niño ha sido también explicada y desarrollada en otros marcos teóricos. Entre ellos, encontramos la teoría del desarrollo genético de la inteligencia (Piaget, 1945); la teoría del desarrollo psicomotor (Lapierre y Acoutourier, 1997; Newson y Newson, 1979) o la teoría socio cognitiva (Vygotsky, 1933) (5).

Evolución del juego durante el desarrollo infantil

Observando a los niños podemos comprobar cómo, a medida que crecen, juegan de manera diferente. Se evidencia así que hay una evolución en el modo de divertirse a través del desarrollo infantil. El psicólogo suizo Jean Piaget ha realizado una extensa descripción de los principales tipos de juego que aparecen

cronológicamente en la infancia. En su obra señala la existencia de una serie de estadios evolutivos, en cada uno de los cuales predomina un determinado modo de jugar (6). Las acciones y los juegos reflejan distintos niveles de simbolización. Nos encontramos así con un recorrido que va desde lo más corporal (vinculado a la descarga psicomotriz y la exploración) hacia niveles de mayor representación simbólica (2).

Además de proporcionar al niño placer y diversión, es una actividad que estimula y exige diferentes componentes del desarrollo infantil. Es el escenario en que los niños pueden practicar y poner en marcha sus habilidades. Las aportaciones del juego se dan en todas las áreas del desarrollo: cognitivo (permite comprender el entorno y desarrollar el pensamiento), social (se inicia el aprendizaje de la reciprocidad y la empatía), emocional

Juego funcional o de ejercicio (sensoriomotor) 0 – 2 años	Repetición de una acción por placer inmediato
	Beneficios: desarrollo sensorial, coordinación de movimientos, equilibrio
	Evolución: <ul style="list-style-type: none"> • 0 a 4 meses: reacciones circulares primarias (el propio cuerpo) • 4 a 8 meses: reacciones circulares secundarias (el entorno) • 8 a 12 meses: intencionalidad de la acción • 12 a 18 meses: coordinación de acciones • 18 a 24 meses: representación mental antes de actuar (imitación diferida). Por ejemplo: hacer como si hablara por teléfono
Juego simbólico (preoperacional) 2 – 6/7 años	Simulación de situaciones, objetos y personajes no presentes
	Beneficios: comprensión del entorno, desarrollo del lenguaje, imaginación, creatividad
	Evolución: <ul style="list-style-type: none"> • pre-simbólico (12 a 19 meses): empieza a identificar el uso funcional de objetos diarios • simbólico (>19 meses): imitación de escenas cotidianas Los otros en el juego simbólico: <ul style="list-style-type: none"> • juego individual: no tener en cuenta los demás (<2 años) • juego paralelo (2 – 4 años) • juego compartido (> 4 años)
Juego de reglas (operaciones concretas)	Presencia de reglas en el juego desde los primeros años. Acuerdos sobre los escenarios/ roles (juego simbólico)
	Beneficios: aprende a respetar turnos, a ganar o perder, favorece el lenguaje, la memoria...
	Evolución: de lo individual (no reglas) → recibir reglas de otros → a lo colectivo (ganadores y perdedores / inamovibles) → su conciencia

Juego y discapacidad

Las actividades divertidas con las que se lo pasan bien los niños con discapacidad tienen las mismas funciones que en cualquier otro niño. El juego es una actividad espontánea en todos los niños y es equivocado pensar que en niños discapacitados es sólo una terapia y un medio para la rehabilitación (7).

Podemos considerar el juego en niños con discapacidad de dos formas. Primero, como actividad espontánea y natural del niño con la que obtiene momentos de ocio y diversión, favoreciendo su sociabilidad y creatividad. Segundo, como un medio para el desarrollo global.

(se expresan y manejan emociones propias a través de los personajes y escenarios del juego) y motor (se pone en marcha la motricidad gruesa, fina y coordinación óculo-manual).

Estas dos maneras de entender el juego no deben tomarse de forma absoluta, sino como formas complementarias, donde no se aprecie una línea divisoria clara entre la función de diversión pura del niño y la función terapéutica y educativa o de desarrollo. Es decir, al igual que en los niños sin discapacidad, el momento de juego se convierte a la vez en diversión, desarrollo y aprendizaje.

¿Qué es la terapia de juego?

La Terapia de Juego es un modelo terapéutico que utiliza el juego como medio natural de autoexpresión, experimentación y comunicación. Le brinda al niño la posibilidad de manifestar su historia personal, liberar sentimientos y frustraciones, reduciendo las vivencias dolorosas (8). En la Terapia de Juego el Terapeuta está habilitado para entender e involucrarse en el juego del niño y es capaz de crear una relación de seguridad y confianza que favorece la expresión y manejo de los conflictos internos del niño y la comprensión de sus emociones.

Los objetivos generales de la terapia de juego se centran en que el niño encuentre oportunidades para la expresión y autocontrol de sus emociones, que tome conciencia de sus recursos y potencialidades y ayudarlo a la normalización de sus pautas de desarrollo.

Aunque el abordaje terapéutico desde este marco puede dirigirse a un amplio espectro de patologías y problemáticas infantiles, la literatura señala que es especialmente recomendable para niños que han experimentado traumas de diferente índole. En esta definición de trauma se incluyen, el maltrato físico,

emocional o sexual, ser testigo de violencia familiar o social, acoso, negligencia y abandono, pérdidas y duelos, separación de los padres, adopciones, hospitalización, procedimientos médicos dolorosos, enfermedades crónicas o terminales.

Terapia de juego no-directiva

La terapia de juego puede ser directiva, en la cual el terapeuta asume la responsabilidad de guiar e interpretar, o no-directiva. En esta última, el terapeuta deja que sea el niño el responsable y el que indique el camino a seguir. La terapia no-directiva es la intervención de la que hablaremos en esta revisión y que hemos empleado en el abordaje del caso clínico que presentaremos. Y más concretamente, nos centraremos en el modelo de terapia de juego no-directivo de Virginia Axline (1947) (9).

Según Axline (1947) la conducta del individuo parece causada todo el tiempo por un impulso: el de la completa autorrealización. Cuando el individuo se encuentra con una barrera que le dificulta alcanzar la relación del ser completamente, existe un área de resistencia y tensión. Las manifestaciones exteriores de conducta dependen de la integración de las experiencias presentes y pasadas,

De Expresión Corporal y Movimiento	Incluye el movimiento grueso (todo el cuerpo), el movimiento fino y el sensorial (uso de texturas, sonidos, sabores, olores e imágenes)
De Expresión Plástica y Narrativa	Uso del dibujo y otros medios plásticos como la pintura que ayudan al niño a expresar su experiencia
De Expresión Sensorial	Consiste en investigar y manipular a través de los sentidos diversos materiales, texturas, sabores, olores, sonidos, incrementando la auto-confianza del niño
De Expresión Afectiva	Uso de mascotas para restaurar la capacidad de dar y recibir afecto
Juego de Descarga y de Expresión Emocional	Juego con barro, bolsa de boxear, tubos de espuma, tablero de dardos y mazos de plástico suave
Juego de Visualización Imaginativa	Uso de imágenes mentales para ayudar a la inducción de sensaciones agradables. Especialmente recomendado en niños con procesos oncológicos
Juego de Expresión Creativa	El terapeuta construye sobre las ideas del niño y le ayuda a ver nuevas posibilidades en su juego
De Expresión Dramática	Implica jugar con roles a través de la improvisación. El niño usa máscaras y elabora su historia y el terapeuta le ayudará a diferenciar la realidad de la imaginación
De Expresión Musical	La música es el elemento ideal para ayudar al niño a suavizar y auto-regular mejor los estados de hiperactivación y a experimentar un estado de mayor equilibrio. También se utiliza para promover en el niño la confianza y el desarrollo de interacciones recíprocas con otros (improvisación)
Juego Proyectivo Simbólico	Implica expresar simbólicamente las experiencias y sentimientos a través del juego con arena, agua, arcilla, materiales de construcción, la casa de muñecas, títeres, marionetas, máscaras

y están encaminadas a la satisfacción de este impulso interior que continua a lo largo de la vida. En este sentido, la diferencia entre adaptación y desadaptación se establece de forma que una persona adaptada es aquella que puede dirigir su conducta por medio de la evaluación del medio, la selección del comportamiento y la aplicación del mismo para alcanzar su máxima meta en la vida (la completa autorrealización). En contraposición, el desadaptado carece de la suficiente confianza en sí mismo como para poder dirigir su curso de acción abiertamente, parece estar satisfecho de crecer en su autorrealización de forma vicaria en vez de directamente y no canaliza ese impulso en una dirección más productiva y constructiva (9).

Este modelo se construye sobre la suposición de que cada individuo lleva dentro de sí mismo, tanto la habilidad para resolver sus propios problemas como el impulso de crecimiento. Son principios basados en la técnica de orientación no directiva de Carl R. Rogers, desarrollada en su obra *Psicoterapia centrada en el cliente* (1951).

En su obra, Axline señala 8 principios básicos que serán aquellos que guíen tanto la actitud como las intervenciones del terapeuta y que asegurarán la eficacia del tratamiento (9).

1. Estableciendo la relación. Desarrollar una relación interna y amigable con el niño.
2. Aceptando al niño como individuo. Acepta al niño tal como es: no mostrar impaciencia y no realizar críticas, reproches o halagos en lo relativo a acciones o palabras.
3. Estableciendo un sentimiento de permisividad. Crear un sentimiento de actitud permisiva en la relación, de forma que el niño se siente libre para expresar sus sentimientos por completo.
4. Reconocimiento y reflexión de sentimientos. Reconocer los sentimientos que el niño está expresando y reflejarlos de nuevo hacia él para que pueda profundizar más en su comportamiento.
5. Conservando el respeto hacia el niño. Respetar su para solucionar sus problemas y ayudarle a comprender que es responsable de sí mismo.
6. El niño guía el camino. No dirigir las acciones del niño. No realizar sugerencias. El cuarto de juego y los materiales están a disposición del niño, en espera de su decisión.
7. La terapia no debe ser apresurada. No apresurar el curso de la terapia. El intento de forzar al niño a

expresar sus sentimientos ocasiona su retraimiento.

8. El valor de las limitaciones. Solamente se establecen las limitaciones necesarias para conservar la terapia en el mundo de la realidad. El elemento tiempo es la más obvia limitación.

CASO CLÍNICO

Se trata de un niño de 10 años de edad, que inicia consultas en la Unidad de Salud Mental y Sordera Infanto-Juvenil del Hospital de Basurto en marzo 2013. Acude derivado para valoración por dificultades comunicativas y trastorno de conducta. Desde hace un año presenta rabietas en relación a situaciones de frustración objetivadas en el medio escolar y familiar.

Como antecedentes médicos, destaca que es diagnosticado de síndrome de CHARGE. El acrónimo CHARGE fue adoptado en 1981 e implica los siguientes signos: (C) coloboma ocular; (H) cardiopatía; (A) atresia de las coanas; (R) retraso del crecimiento y/o desarrollo; (G) hipoplasia genital; (E) anomalías del pabellón auricular y/o sordera.

Debido a todo ello, existen dificultades visuales, auditivas y de expresión comunicativa. Es portador de implante coclear derecho desde 2007.

Nació tras parto prematuro y sufrió severos problemas orgánicos en el postparto. Por ello, pasa gran parte de su primer año de vida hospitalizado y requiere cuidados intensivos, con escaso contacto físico con los padres. Tras el alta hospitalaria, continuó recibiendo constantes cuidados médicos para asegurar su supervivencia. En todo este proceso, la madre ha estado muy presente y centrada en el cuidado del niño. El juego en la infancia ha sido poco lúdico, siempre centrado en lo físico y con finalidad rehabilitadora.

A la exploración inicial en nuestra consulta se observa un buen contacto ocular, mostrándose el menor confiado. La intención comunicativa está presente y no hay signos de trastorno generalizado del desarrollo. La comprensión de órdenes sencillas es adecuada. Señala objetos y los explora. Mantiene la atención en las actividades propuestas, con tendencia a la irritación cuando se le demandan tareas que considera difíciles o fatigantes. La capacidad comunicativa está notablemente afectada, siendo complejo el establecer un sistema de comunicación eficaz, dada la ausencia de lenguaje tanto verbal como de otro sistema de comunicación reglado.

En cuanto a la valoración del desarrollo, se administran

Verónica Pousa Rodríguez
Nora Olazabal Eizaguirre
Eva Sesma Pardo
Aránzazu Fernández-Rivas
Miguel Ángel Gonzáles-Torres

214

la Tabla de desarrollo infantil de Haizea-Llevant y las pruebas no verbales del Cumanin (Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil). Los resultados muestran un patrón de madurez disarmónico, encontrándose un mayor retraso en aquellas áreas dependientes del lenguaje.

En base a las características del caso, se diseña una intervención en dos niveles. En un primer momento se introduce, desde el área pedagógica, un sistema de comunicación basado en pictogramas y Lengua de Signos Española (LSE). De forma complementaria, y desde una perspectiva psicológica y emocional, se inicia un abordaje centrado en el apoyo del desarrollo yoico, el reconocimiento y manejo de las emociones y la introducción del juego como actividad lúdica; todo ello mediante el establecimiento de sesiones semanales de terapia de juego no-directiva, con uso de la LSE como vehículo de intercambio interpersonal.

A lo largo de las sesiones se ha podido observar un cambio sustancial en el comportamiento y juego del niño. Se ha producido un cambio gradual desde el uso repetitivo de juguetes muy simples (cubos y muebles de colores), que el menor ordenaba sistemáticamente por categorías básicas (color, forma) a la introducción de elementos con mayor contenido simbólico (personas, medios de transporte). En el juego se ponía de manifiesto la necesidad de orden externo para lograr el mismo efecto a nivel interno. Progresivamente ha introducido juguetes que le permitían exponer en consulta facetas más elaboradas de su vida emocional.

En cuanto al vínculo establecido con la terapeuta, el nivel de complejidad del mismo también ha ido variando con el tiempo. Al principio el niño presentaba un contacto ocular limitado y mostraba conductas agresivas dirigidas hacia la terapeuta, interpretadas éstas como señales de frustración. Progresivamente, ha ido aumentando la proximidad y calidez del vínculo, con mayor contacto ocular, proximidad física al jugar y momentos de juego compartido. La complejidad de la comunicación también es cada vez mayor: el niño pasa de no establecer lazos de comunicación a emplear de forma espontánea estructuras sencillas en LSE y comunicarse de forma reglada para pedir o señalar elementos del juego.

En las sesiones con los padres se ha podido objetivar una dinámica del juego centrada en los elementos concretos y pedagógicos del mismo. No se producía reflejo de los estados mentales del niño, ni devolución de

De la incomunicación sensorial a la bienvenida al mundo: tratamiento con terapia de juego en un niño con sordera

los sentimientos expresados, fallando así el espejamiento (la función especular) de los afectos.

En esta línea, las intervenciones de la terapeuta se han ido complejizando, desde sesiones centradas en la descripción narrativa del juego a reflejar con mayor frecuencia la esfera emocional del niño y la existencia de mundo interno propio que dirige la conducta. Asociar la esfera emocional con la conducta (descarga psicomotriz, mantenerse en una actividad, cambio de juguete...), asociar las sesiones entre sí (comparar estados previos y actuales), nombrar emociones simples y manejarlas ha sido la secuencia natural de las intervenciones y de la conducta del niño.

CONCLUSIONES

El empleo del juego como instrumento de evaluación y como técnica de intervención, constituye un elemento clave en psicología infantil. En esta presentación de caso lo planteamos como una herramienta útil en el abordaje clínico de niños con discapacidad auditiva. Como en cualquier otra área de la psicología, es fundamental seleccionar y adaptar las intervenciones terapéuticas a las necesidades del niño, y creemos que la terapia de juego no-directiva es un buen método para experimentar e identificar emociones en población sorda.

En el caso presentado, la evolución observada indica aumento en la capacidad del menor para reconocer la existencia de emociones que guían la conducta, así como de un manejo más adecuado de las mismas. El niño ha adquirido una mayor conciencia de la responsabilidad de sus actos. La capacidad de mentalizar ha empezado a aparecer, lo que está en consonancia con los desarrollos de Fonagy y Bateman en el sentido de que la función reflexiva es un logro en el desarrollo que se logra en la interacción con el otro (10).

La relación del niño con el momento de juego también ha cambiado. Ha evolucionado desde un juego muy estructurado a disfrutar cada vez más de su hora de juego, entendiendo la parte dinámica y lúdica del mismo.

En conclusión, la terapia de juego sirve de puente entre la experiencia concreta y el pensamiento abstracto y experiencias emocionales. Creemos que esta técnica es una buena vía para ayudar a los niños sordos experimentar e identificar emociones. Tenemos que tener en cuenta, sin embargo, que esta presentación es sólo un ejemplo de un tratamiento que se puede realizar en los niños sordos. Es importante adaptar las intervenciones a

la las características de esta comunidad. En definitiva, en este caso la terapia de juego ha permitido a este niño el poder pasar de una situación de incomunicación sensorial a la bienvenida al mundo.

BIBLIOGRAFÍA

1. González Cuenca, A. M., Barajas Esteban, C., Linero Zamorano, M. J., & Quintana García, I. Deficiencia auditiva y teoría de la mente. Datos para la reflexión y la intervención. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología 2008, 28(2), 99-116.
2. De Litvan, M. A. Diferentes caminos hacia la mentalización. Exploración de los estados pre reflexivos y su relación con el sí mismo. Mentalización: revista de psicoterapia y psicoanálisis. Año I. N° II (Abril 2014).
3. Psicodiagnosis.es: Psicología infantil y juvenil. Evaluación psicológica. <http://www.psicodiagnosis.es/areaespecializada/evaluacionpsicologica/>.
4. Fornari, E. N. El juego: un enigma a descifrar. Revista de la Asociación psicoanalítica de Buenos Aires 1998; (277-285).
5. Alejandro Ávila Espada (1997) Evaluación en psicología clínica (Vol. II): estrategias cualitativas. Amaru Ediciones.
6. Criado, G. M. (1998). El juego y el desarrollo infantil.
7. Silvina Cáceres (2010) Tesina. El juego y las habilidades de comunicación en adolescentes sordociegos. Facultad de Psicología. Licenciatura en Terapia Ocupacional. Universidad abierta Interamericana.
8. Play Therapy Spain. Asociación española de terapia de juego (AETJ). <http://www.terapiadejuego.es/>.
9. Axline, V. M. (1975). Terapia de juego. Diana.
10. Bateman, A., & Fonagy, P. (2005). Psicoterapia para el trastorno límite de la personalidad, Tratamiento basado en la mentalización. Editorial Universitaria. (Trad. D. C. Peña y R. S. Ramonet.).