

A photograph of two young children, a girl and a boy, laughing joyfully. They are touching the trunk of an elephant. The girl is wearing a light blue and white striped shirt and teal pants. The boy is wearing a blue t-shirt and green shorts. The background is a blurred natural setting with green foliage.

# Guía Psicoeducativa para Padres



Fundación Equipo de Terapia Cognitiva Infantojuvenil  
Lic. Gabriela Carrea, Dr. Eduardo Bunge, Lic. Martín Gomar & Lic. Javier Mandil

Mutismo selectivo _____	3
Depresión _____	6
Ansiedad _____	11
Síndrome de Tourette _____	15
Transtorno del Espectro Autista _____	19
Transtorno Negativista Desafiante _____	21
Transtorno Obsesivo Compulsivo _____	25
Bullying _____	28
Contacto _____	32

# Mutismo Selectivo

## Caso Clínico

Los padres de Rocio de 4 años se presentaron a la primera entrevista. Ambos con la preocupación de que su hija no puede hablar con otras personas que no sean ellos y su hermano. No habla ni siquiera a familiares directos como tíos o primos. En determinados contextos sociales tampoco se comunica normalmente con sus padres y hermano, la única manera es hablando sumamente bajo o directamente susurrándoles al oído y en el colegio sucede lo mismo. Dicho problema referido por los padres persiste hace más de 1 año, generando muchas preocupaciones en los padres ya que comentan que puede ser una niña autista o tener una trastornos del lenguaje, entre otras preguntas que han sido planteadas en la consulta.

El Mutismo Selectivo es un trastorno infantojuvenil que se caracteriza por la imposibilidad de comunicarse con otros u en situaciones sociales

Para considerarse un trastorno, el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) enumera los siguientes criterios:

La incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas (en las que se espera que hable, como, por ejemplo, en la escuela) a pesar de hablar en otras situaciones. Por otro lado la perturbación debe interferir con el rendimiento escolar o laboral o con la comunicación social. En relación a su duración la perturbación es de por lo menos un mes (no se limita al primer mes de la escuela). Por último, la incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento de, o a no encontrarse cómodo con, el lenguaje requerido en la situación social. También sería importante descartar que haya presencia de un trastorno de la comunicación (por ejemplo, tartamudeo) y no aparece exclusivamente durante el curso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Los posibles trastornos asociados pueden ser: fobia de separación, fobia social, fobias específicas, trastorno oposicionista desafiante, entre otros.

## Prevalencia

Si bien la literatura es cada vez es más creciente sobre el trastorno, al momento lo que los datos epidemiológicos sugieren es que el 1 % de la población general presentaría mutismo selectivo. Siendo más común en niñas que en niños, teniendo una relación de 6 a 1.

## ¿Cuándo es importante consultar?

Los estudios sugieren que después de los 5 años tienden a ser diagnosticados los niños, sin embargo en edades más tempranas ya los padres pueden observar que sus hijos presentan dificultades en el contacto con personas desconocidas, presentando síntomas ansiosos tales como inquietud, traspiración, mutismo, dificultad en separarse de los brazos de su madre para poder comunicarse con

personas no familiares. Por ello cuando los padres observan síntomas de este tipo sería muy importante hacer una consulta, dado que el curso tiende a ser cada vez más deteriorante con riesgo de desarrollar trastornos asociados antes nombrados.

### *¿Existen causas conocidas del trastorno?*

Parece más probado el hecho de una mayor presencia de antecedentes de ansiedad, fobias y depresión en familiares directos del grupo de sujetos con mutismo selectivo frente a grupos de control. Esto podría indicar la presencia de ciertos factores de vulnerabilidad transmitidos genéticamente. También la influencia que puede ejercer en los niños la observación directa de ciertos modelos familiares.

### *Tratamientos disponibles*

Si bien en la actualidad no existe un tratamiento bien establecido, si hay estudios en diferentes países que sugieren intervenciones conductuales y multicomponente. Esto quiere decir con diferentes actores en la vida del niño. Tales como el colegio, familiares más allá de los padres, inclusión de compañeros del niño. Por otro lado la progresiva exposición, refuerzo positivo a conductas de mayor aproximación y contacto, desvanecimiento estimular, entre otras intervenciones están presentando resultados prometedores para mejorar la calidad de vida de la población infanto juvenil.

### *Pronóstico*

El pronóstico tiende a ser positivo si se accede a un temprano tratamiento cognitivo conductual, en caso contrario como se mencionaba con anterioridad el contraer trastornos asociados tiende a ser esperable comprometiendo el desempeño escolar y su sociabilización.

### *Preguntas frecuentes*

#### *¿Cómo se realiza la evaluación?*

Sería con la familia, el colegio y personas significativas. Es recomendable hacerla con un profesional especializado y actualizado en los tratamientos e intervenciones, preguntas pertinentes en el diagnóstico. En situaciones sociales donde le hacen preguntas a mi hijo y él no contesta, yo me pongo extremadamente nerviosa y termino contestando por él.

Es perfectamente normal que esto le suceda a los padres que tienen niños tímidos, el problema de responder por él es que se empiezan a establecer estos patrones entre padres y niños donde se acentúa el mutismo del niño. Por eso es sumamente importante realizar una consulta para empezar el tratamiento terapéutico y adquirir conocimiento sobre el trastorno. Aprender cuáles son las conductas que pueden estar fortaleciendo el patrón de conducta desadaptativo y cuales pueden ayudarlo.

#### *¿Debo forzar que mi hijo hable?*

ttas palabras, cuando se junta con otros niños de su edad no parece estar desarrollando su lenguaje igual que el resto.

*¿Esto puede ser mutismo selectivo?*

En estos casos es recomendable consultar con profesionales de la salud para que realice un diagnóstico diferencial, esto quiere decir que pueda evaluar al niño e ir descartando las posibles causas de lo que está preocupando. Para diagnosticar mutismo selectivo el niño debe tener al menos 5 años, sin embargo hay algunas pautas que se puede ir observando, por ejemplo su comportamiento. Cómo se desenvuelve ante los extraños o allegados, si su conducta suele ser sumamente introvertida y preferir exclusivamente el contacto con sus padres o hermanos, si ante determinados contextos sociales no se comunica, sin embargo en casa su comportamiento es normal e inclusive sumamente conversador y desenvuelto. Esas deberán ser las señales que se deben observar y asesorar para ayudarlo a manejar su miedo o nerviosismo ante estas situaciones o personas.

*Mi hijo tiene diagnóstico de mutismo selectivo, es extremadamente tímido, sin embargo su comportamiento puede ser realmente difícil. ¿Es esto posible?*

Generalmente los niños con mutismo selectivo pueden sentir mucha ansiedad que luego la manifiestan con conductas parecidas al mal humor o tipo berrinche. En algunos casos el berrinche puede aparecer luego de haber pasado una cantidad de horas en una situación social como por ejemplo, un cumpleaños.

## Pautas

Para ayudar a su hijo con su dificultad usted puede:

- No etiquetarlo, no diga que enfrente a los demás que su hijo no habla porque es tímido o no se anima.
- No lo castigue por no hablar
- Anticiparle los eventos que tendrá ese día, sobretodo días de fiesta o reuniones sociales
- Organizarle juegos con amigos en casa, juegos con cierta estructura que al niño le resulten divertidos
- Cómo padres es importante asesorarse bien, consultar con profesionales informados

# Depresión

## Diagnóstico

Facundo tiene once años y de un tiempo a esta parte, los papás lo notan distinto.

Ya no tiene tantas ganas de ir al club, inventa excusas para no ir, refiere que le duele la panza o que no quiere ver a sus amigos. Se levanta para ir a la escuela de mala gana diciendo que tiene mucho sueño y que las piernas y todo el cuerpo le duelen. En el colegio le cuesta concentrarse y empezaron a descender sus notas (antes se sacaba entre 7 y 9, y de pronto sus notas son 4 y 5). Está más contestador, y se pelea más con sus hermanos.

Cuando los padres le preguntan qué le pasa, él dice que hace todo mal, que las cosas no le salen como antes, que nadie lo entiende y que ya no le interesa ver a sus amigos porque sabe que se va a aburrir. ¿Puede Facundo estar deprimido? ¿Cómo nos damos cuenta que un niño está deprimido?

## Definición del trastorno y criterios DSM. Posibles comorbilidades

Para poder diagnosticar depresión los cambios en el estado de ánimo tiene que observarse por lo menos desde hace dos semanas de manera constante. Lo usual es que el niño o adolescente haya perdido el interés, en la mayoría de las cosas que antes le interesaban y disfrutaba.

A estos aspectos del plano anímico los puede acompañar una pérdida o aumento del peso corporal o del apetito, que no se relacionan con ningún tratamiento médico. También pueden aparecer cambios en el ritmo de sueño habitual: que duerma mucho o por el contrario no

Pueda hacerlo. El niño suele referir mucha fatiga, desgano y pérdida de energía vital.

La depresión también puede afectar la capacidad para concentrarse, estar atento, hacer varias tareas al mismo tiempo, pensar y tomar decisiones.

Los niños que se encuentran en cuadros depresivos tienen frecuentemente una imagen distorsionada y lecturas negativas sobre ellos mismos, sobre los acontecimientos que están viviendo y cuando se los escucha hablar sobre los acontecimientos del futuro se mantiene esa característica en sus ideas. En nuestro ejemplo, Facundo se sentía inferior a sus compañeros, que nadie lo valoraban y que no valía la pena estudiar ya que seguramente obtendría otra calificación baja.

Si ya se descartó que los cambios en el ánimo, el humor, el desempeño escolar, en el sueño y en la alimentación no están vinculados con un tratamiento médico (ej.: hipotiroidismo) o con alguna

medicación incorporada recientemente que pueda alterar el ritmo normal del niño, también debe descartarse otras causas como: consumo de drogas, haber vivido una situación traumática, la muerte de seres queridos (abuelos, padres, hermanos, compañeros o incluso mascotas que hayan sido de mucho apego). Es frecuente, y de manera paralela a la presentación de un cuadro depresivo, que puedan presentarse otros cuadros relacionados con la ansiedad, como los llamados “ataques de pánico”, o con anorexia nerviosa, bulimia, etc.

En el caso particular de los niños que sufren depresión, un síntoma característico es la irritabilidad (que sustituye a la tristeza que muestran los adultos con cuadros depresivos). Entonces observamos enojos y mal humor frecuente sin causa aparente para los adultos.

Las relaciones interpersonales, con frecuencia disminuyen llamativamente, así como también las ocasiones en que les interesa vincularse con quienes hasta el momento eran sus amigos. A su vez, y en tanto a los menores de 9 o 10 años puede resultarles difícil expresar lo que sienten, el malestar en ocasiones se expresa mediante conductas problemáticas o impulsivas, y también a través de quejas de dolores corporales recurrentes (de estómago, de cabeza).

En los adolescentes, también son comunes las quejas somáticas, el aislamiento social y la irritabilidad. Como rasgo particular, en esta franja de edad hay mayor riesgo de abandono escolar, abuso de sustancia, mala imagen corporal, y en los casos más severos suicidio.

### Prevalencia. Incidencia

Entre un 1 y un 3% de los niños presentan, durante su infancia, síntomas propios de un cuadro depresivo. En el caso de los adolescentes este porcentaje es aún mayor, llegando hasta el 5%. Esto implica que 1 de cada 20 adolescentes sufren depresión.

En cuanto a la prevalencia según el género, en la niñez los porcentajes entre hombres y mujeres son muy parecidos, pero ya en la adolescencia las mujeres tienen el doble de probabilidades de sufrir un cuadro depresivo: la relación es de 2 mujeres por cada 1 varón.

### ¿Cuándo es importante consultar?

Ante la sospecha de que el niño o adolescente podría estar atravesando un cuadro depresivo, hacer una consulta con el pediatra o médico clínico de cabecera puede ayudar a descartar causas médicas.

Es fundamental la consulta con un profesional de salud mental ante la presencia de las siguientes situaciones:

- Se lo observa, o él refiere estar triste, irritable, irascible, decaído y/o desanimado la mayor parte del día, casi todos los días.
- Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.
- Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada.
- Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días.
- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir).

Como se explico anteriormente, habría que diferenciar si el estado de ánimo del niño o adolescente no se corresponde con estar atravesando una situación de duelo o como respuesta al uso de ciertas drogas.

### ¿Existen causas conocidas del trastorno?

Actualmente no se considera que exista una única causa de la depresión. Por el contrario, puede producirse como resultado de la acción combinada de múltiples factores genéticos, psicológicos, bioquímicos y sociales.

Entre los muy variados potenciales factores de riesgo se encuentran los eventos estresantes (conflictos familiares, la pérdida de un ser querido), la predisposición biológica o heredada para sufrir depresión, la presencia de psicopatología en los padres del joven, cogniciones negativas (imagen negativa sobre ellos mismos, sobre el mundo que los rodea y sobre lo que sucederá en el futuro), escasas habilidades de afrontamiento.

En el caso particular de niños y adolescentes, el estilo familiar cobra mayor relevancia como factor de riesgo: el control maternal excesivo, el rechazo y los bajos niveles de cuidado, la hostilidad y el criticismo, son factores asociados al riesgo de sufrir depresión antes de llegar a la adultez.

### Tratamientos disponibles

Según las investigaciones hasta el momento realizadas, los tratamientos que mejor resultado han demostrado son los psicofarmacológicos y la psicoterapia.

En el caso de la psicoterapia, es considerada la mejor opción para tratamiento de depresión leve a moderada. Específicamente la Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) y la Terapia Interpersonal (TI) son aquellas que han mostrado mayor efectividad.

La TCC se centra en ayudar al joven a modificar sus estilos negativos de pensamiento y comportamiento, a través de la programación de actividades agradables, el entrenamiento en habilidades sociales y de resolución de problemas, el logro de mayor autocontrol y relajación, y la reestructuración cognitiva (esta última implica la modificación de cogniciones depresivas tales como la desesperanza, la hostilidad y la percepción de no poder ser ayudado). En cuanto a la TI, se centra en los conflictos interpersonales: busca ayudar a las personas a entender y resolver relaciones personales problemáticas que puedan estar causando o agravando el cuadro depresivo. En los adolescentes algunas situaciones comúnmente abordadas en este modelo de terapia son la separación de los padres, las relaciones amorosas y los vínculos con los compañeros.

En casos de depresión de mayor severidad, la psicoterapia puede no ser suficiente, por lo que un tratamiento combinado (medicación antidepresiva y psicoterapia) es lo recomendable.

### Pronóstico

Durante la infancia y adolescencia, la duración promedio de un episodio depresivo, sin tratamiento adecuado, suele ser de 9 meses, y la recuperación puede durar aproximadamente entre 7 y 9 meses. En general, tras 18 meses se recupera el 90% de los jóvenes. No obstante, quienes han experimentado un cuadro depresivo durante su infancia o adolescencia, tienen más probabilidades de volver a presentar episodios recurrentes a lo largo de su vida, que las personas cuya depresión se presenta en periodos posteriores de la vida.

### Preguntas frecuentes (específico de cada trastorno)

*¿Es culpa de los padres que los niños estén deprimidos?*

Muchas veces los padres se llenan de remordimientos sosteniendo que son la causa de enfermedades o cuadros depresivos en sus hijos. Es importante entender que sólo un bajísimo porcentaje de padres haría algo intencional y voluntariamente para dañar a su hijo. En oportunidades, ciertos comportamientos o lineamientos familiares pueden ayudar o desencadenar el cuadro o no ofrecer las soluciones esperadas: ello no los hace la causa u origen del sufrimiento de su hijo. Es por ello que, con la ayuda profesional adecuada podrán ser parte activa del alivio y del tratamiento para su hijo. Los padres activos y ocupados por sus hijos logran siempre los mejores resultados que aquellos que se culpan pasivamente.

*¿Pueden los niños y adolescentes hacer esto para llamar la atención?*

En el caso de los niños más pequeños la depresión puede ser quizás la única manera en que puedan expresar su disconformidad o malestar en el desarrollo. Dependiendo de las particularidades del caso -recordemos que es un cuadro multideterminado- podremos entender que el niño o el adolescente se encuentra pasando un cuadro depresivo y necesita más atención o atención diferencial a la que le estábamos dando. Ayudar a manifestar los problemas de maneras

más adecuadas es un aprendizaje importante que será de gran ayuda en el futuro para afrontar nuevos desafíos.

Existen otros casos en donde no cumple dicha función y se asocia a causas no ambientales. En todos los casos, la atención y mirada comprometida y responsable del adulto deja en mejores condiciones de superar el momento difícil.

¿Si el abuelo estuvo deprimido puede estar deprimido el niño o adolescente?

Como dijimos antes, existen causas genéticas que hacen más factible la heredabilidad, de ninguna manera una única causa es la responsable del cuadro, así como tampoco un ambiente adverso es el único responsable. Por ello, las estrategias de abordaje terapéuticas son también múltiples

¿Si sufre una depresión en la infancia o en la adolescencia será una persona deprimida para toda la vida? Afortunadamente, la investigación actual nos permite operar con amplios recursos para no solo minimizar el cuadro sino también trabajar en la educación emocional y en el asesoramiento preventivo de futuros cuadros depresivos. Si bien sabemos que puede repetirse, la historia vital y los recorridos personales se van forjando. Estilos de vida más realistas de reconocimiento y de operación sobre el cuadro limitan o incluso previenen nuevas presentaciones de dicha situación.

## Pautas

- Es importante no enojarse con su hijo
- Atravesar esta situación no es sencillo ni para el niño ni para los padres. Recuerde que él es quién más está experimentando el padecimiento: comprenda sin justificar.
- Probablemente pueda sentirse culpable por estar así, no aliente dichos sentimientos.
- Comprométase a brindarle opciones alternativas de la visión que el niño o adolescente tiene de aquello que le genera la queja o el malestar.
- Puede ayudar mucho acompañándolo en la búsqueda de actividades que sean gratificantes para él, y señalándole cómo se siente mejor al realizarlas.

De este modo, el niño podría empezar a ver qué haciendo cosas divertidas se encuentra más a gusto, y que la tristeza o decaimiento que experimenta actualmente pueden cambiar.

# Ansiedad

La ansiedad es una emoción común y que todos solemos experimentar a lo largo de la vida, es una respuesta habitual a situaciones estresantes cotidianas. En algunas ocasiones la ansiedad es útil ya que nos protege cuando nos hace huir de situaciones peligrosas o de riesgo. No obstante, la ansiedad se convierte en trastorno cuando excede en intensidad y supera la capacidad adaptativa de la persona. En esos casos se suelen agrandar y maximizar los peligros que pueden ser reales o imaginados. Esta situación lleva a percibir mayor riesgo del que realmente hay y a ver como amenazante eventos que en realidad no lo son. Sentirse asustado, nervioso o preocupado son emociones propias de la ansiedad y en niveles altos pueden generar un malestar significativo acompañado de síntomas físicos (aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblor, tensión muscular, sequedad de boca, cambios en la respiración, mareo, náuseas,...), cognitivos (pensamientos catastróficos) y comportamentales (conductas evitativas o retraimiento e inhibición).

Los síntomas de los Trastornos de Ansiedad se presentan de modo similar en niños y adultos, no obstante en la niñez se muestran más signos de irritabilidad y dificultades de atención. Otras manifestaciones son la baja autoestima, relaciones interpersonales deficientes, abuso del alcohol y dificultad para adaptarse (National Alliance on Mental Illness (NAMI)).

## ¿Cuál es la prevalencia?

La prevalencia en la infancia es de entre un 2 y un 15% (National Association of School Psychologists (NASP)) y en la adolescencia es del 8% (National Institute of Mental Health (NIMH)). Es más frecuente en el sexo femenino.

## ¿Cuándo es importante consultar?

Este trastorno puede ser difícil de reconocer ya que los niños y adolescentes que lo padecen suelen avergonzarse y les cuesta pedir ayuda. Por este motivo es importante hacer una consulta con un clínico cuando perciban que la ansiedad que sufre el niño o el adolescente es significativa interfiriendo en sus tareas diarias como el colegio, en juego con el grupo de pares, actividades extraescolares, y no son miedos propios de la etapa evolutiva del chico.

<b>Estadio evolutivo</b>	<b>Situación temida</b>
Del nacimiento a los 6 meses	Pérdida de contacto físico con la madre Ruidos intensos
7 a 12 meses	Personas extrañas
12 a 18 meses (puede durar hasta los 2 años)	Ansiedad por separación (Empiezan a caminar. Miedo a que los dejen solos)
1 a 5 años	Ruidos intensos, animales, oscuridad
3 a 5 años	Monstruos, fantasmas (miedos nocturnos)
6 a 12 años	Daño físico, ser castigado, fracaso escolar (notas académicas), preocupación por tener amigos
12 a 18 años	Pruebas o exámenes, sentirse socialmente avergonzado o excluido. Temas sexuales, religiosos o morales

Hacerse algunas de estas preguntas puede ser de ayuda para conocer si los signos de ansiedad de su hijo/a son esperables o si sería conveniente hacer una consulta (adaptado de NASP):

- ¿Son miedos o preocupaciones esperables para su edad?
- ¿Qué nivel de malestar está manifestando?
- ¿Cómo está afectando al ámbito académico, personal y social de mi hijo/a?
- ¿Aparece en situaciones específicas o es más generalizada?
- ¿Hace mucho tiempo que está con estos signos o es algo más reciente?
- ¿Hay acontecimientos actuales que pueden estar influenciado a que él/ella se sienta más ansioso?
- ¿Las incertidumbres de mi hijo/a me generan mucho malestar y hago lo posible para que no se sienta inseguro? ¿Estoy reforzando sin darme cuenta sus preocupaciones y miedos?

## ¿Cuáles son los trastornos de ansiedad más comunes en niños y adolescentes? (Clasificación según DMS V )

### *Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG):*

se caracteriza por ansiedad y preocupaciones excesivas, persistentes y fuera de control sobre gran número de hechos y actividades de la vida diaria tales como el rendimiento escolar, la aceptación de sus compañeros, a la salud, a posibles eventos catastróficos, etc. El TAG suele presentar los siguientes síntomas físicos: impaciencia, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, problemas de concentración y/o de sueño.

*Fobia Específica:* ocurre cuando el niño siente un miedo excesivo o irracional frente a un objeto o una situación concreta (a determinados animales, a tormentas, a las alturas, a la sangre, etc.). Algunas fobias pueden ser transitorias en la niñez, como el temor a las personas extrañas. Lo que da lugar al diagnóstico de fobia específica y a la necesidad de un tratamiento es la persistencia del temor y la magnitud exagerada del mismo.

*Trastorno de Pánico:* consiste en la aparición repentina de episodios de ansiedad muy intensa. Síntomas físicos comunes en los ataques de pánico son: palpitaciones, dolor en el pecho, mareos, malestar estomacal, etc. Asimismo, se presenta temor a morir o a volverse loco. Es un trastorno más frecuente en adolescentes que en niños.

*Agorafobia:* consiste en la presencia de un miedo intenso respecto a estar en lugares donde sea difícil escapar o donde no se pueda recibir ayuda en el caso de sufrir un ataque de pánico. El miedo generalmente les impide quedarse solos en su hogar, esperar en una cola, estar en una multitud, viajar en colectivo, tren o avión, etc. Estas situaciones suelen evitarlas.

*Trastorno de Ansiedad Social:* se caracteriza por la preocupación excesiva de ser evaluado negativamente por los demás en situaciones sociales (asistir a cumpleaños o fiestas, dar lecciones orales, hacer actividad física frente a otros, etc.). En estas situaciones suelen aparecer los siguientes síntomas físicos: voz temblorosa, enrojecimiento facial, taquicardia, pobre contacto visual y negativa a saludar a otras personas. Puede presentarse también mutismo y fobia escolar. Se debe realizar un diagnóstico diferencial con la timidez excesiva.

*Trastorno de Ansiedad por Separación:* ocurre cuando el niño presenta un temor acusado a que suceda algo malo al separarse de sus padres o cuidadores o al no estar en su hogar. Suelen presentarse quejas físicas reiteradas (dolor de cabeza, de estómago, náuseas o vómitos) cuando se separa de sus cuidadores o cuando anticipa que esto ocurrirá. Suelen presentar trastornos del sueño (insomnio y pesadillas) y temores en el momento de irse a dormir. Es muy frecuente que debido a la ansiedad por separación los jóvenes dejen de asistir a la escuela.

*Mutismo selectivo:*

(Para más información consultar en la Guía específica para este trastorno específico)

## ¿Existen causas conocidas de los trastornos de ansiedad?

Existen diversas causas de los trastornos de ansiedad: factores biológicos (como determinados genes y rasgos de temperamento) y factores ambientales (que el padre o la madre presenten un trastorno de ansiedad; situaciones traumáticas o estresantes; algunos estilos parentales y ciertos modos de interactuar entre padre e hijo).

Tratamientos disponibles

El tratamiento indicado para cada caso dependerá de las características específicas de cada niño o adolescente. Pero, en líneas generales, se recomienda según las investigaciones científicas, la implementación de Psicoeducación al paciente y a sus padres o cuidadores (en la cual se les explica de qué se trata el trastorno, cuáles son sus causas y cuál es el tratamiento indicado); Psicoterapia Cognitivo Conductual (que puede incluir técnicas de relajación, de respiración y el abordaje de los pensamientos catastróficos que presenta el joven, además de la exposición progresiva y gradual al estímulo al cual el paciente le teme); y, en algunas ocasiones, es necesaria la implementación de Medicación (usualmente indicada cuando se necesita que los síntomas disminuyan rápidamente, si el joven presenta una comorbilidad psiquiátrica o si presenta una respuesta parcial al tratamiento psicológico).

# Síndrome de Tourette

El Síndrome de Tourette (ST) se define por la asociación de tics motores y tics fónicos con un carácter crónico cuya duración mínima debe ser de al menos un año.

Los tics son movimientos o vocalizaciones involuntarias, no propositivos, generalmente bruscos, repetitivos, no rítmicos y estereotipados que afectan a un grupo de músculos. Puede presentarse coprolalia (palabras obscenas, insultos), ecolalia (repetición de una palabra o frase) y palilalia (repetición espontánea e involuntaria de sílabas o de palabras)

## Ejemplificación Caso Clínico:

Martin tiene 15 años , consultan sus padres y refieren en la entrevista de evaluación que presenta tics motores tales como latigazos con el cuello , hacer movimientos repetitivos con ojos abriéndolos y cerrando los mismos. También comentan sus padres que tiene tics fonicos tales como decir insultos súbitamente y gritos que son audibles en la vía pública.

Por otro lado en la entrevista con el joven le ha dicho al terapeuta que tiene pensamientos repetitivos , intrusivos que no puede controlar tales como: “Mis papas se van a morir” “Voy a rendir mal” “Mis amigos no me van a querer”. Para intentar tranquilizarse lo que intenta hacer es tocar objetos , verificar si llamo a los papas varias veces para saber si están con vida. Luego en la relación con ellos en algunas oportunidades ha habido episodios de agresión verbal y física.

En el ámbito escolar tiene muy buen rendimiento , sin embargo tarda mucho tiempo en llenar sus exámenes o hacer las tareas ya que hace un gran esfuerzo en no gritar dentro del aula y estudiar en casa sin que los tics lo interfieran.

## Prevalencia

Se contempla el ST como una enfermedad rara ya que de 10 mil personas, 5 de ellas lo padecen según estimaciones de la OMS.

En relación a la población infantil no existen datos en Argentina acerca de su prevalencia. A nivel internacional la TSA (Asociación Síndrome de Tourette) estima que el 1% de la población mundial presentaría dicho diagnóstico. Por otro lado, los niños presentan este trastorno cuatro veces más que las niñas.

## Diagnóstico

Según el DSM V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), para realizar el diagnóstico de ST en la infancia y la adolescencia es necesario tener en cuenta los siguientes criterios:

- Aparición de tics motores múltiples y uno o más tics vocales, aunque no necesariamente de modo simultáneo.

- Los tics aparecen varias veces al día (habitualmente a brotes) casi todos los días o de forma intermitente a lo largo de más de un año, y durante este tiempo nunca ha habido un período libre de tics superior a tres meses consecutivos

- El inicio es anterior a los 18 años de edad

- El problema no se debe a los efectos directos de una sustancia (p. ej., estimulantes) o a una enfermedad (p. ej., enfermedad de Huntington o encefalitis posviral)

### Posibles comorbilidades

El trastorno de Tourette suele presentarse asociado a diversas comorbilidades. Las más comunes son los problemas obsesivos compulsivos, la ansiedad y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, entre otros.

### ¿Cuándo es importante consultar?

Se estima que el 50% de los adultos han comenzado con síntomas TOC entre los 7 años a 11 años en niños y a los 15 años en mujeres aproximadamente. En algunos casos el comienzo puede ser con tics ya sea motores y fónicos. Pueden también tener compulsiones o síntomas obsesivos, por ello es recomendable hacer una consulta con un profesional especializado en dicho diagnóstico dada la complejidad y trastornos asociados del diagnóstico.

Otro punto llamativo del ST es que el inicio de los tics puede ser desde edades muy tempranas: 2 años de los tics motores y 5 años los tics fónicos aproximadamente generando, en algunos casos, deterioro en el ámbito escolar y calidad de vida del niño.

Cuando los familiares observen una alta intensidad sintomática, deterioro en su calidad de vida y demanda excesiva de tiempo de dichos síntomas es recomendable tener una consulta con un profesional.

### ¿Existen causas conocidas del trastorno?

Hoy en día según investigaciones de la Asociación para el síndrome de Tourette y el NIMH (Instituto nacional de salud mental), entre otros ámbitos de primera línea en el desarrollo del conocimiento sobre ST hay un fuerte apoyo genético y hereditario a la causa

del diagnóstico. Esto quiere decir que es de importancia poder indagar a nivel familiar la portación de tics o síntomas asociados.

### Tratamiento

El tratamiento que por el momento que tendría mejor soporte empírico para ST infanto-juvenil es la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) individual, específicamente el tratamiento denominado: Abordaje comprensivo conductual para los tics, sus siglas en inglés (CBIT). Sintéticamente este tratamiento trata en: Toma de conciencia de las partes del cuerpo que intervienen en el realización del tics en primer lugar y luego la aplicación de la técnica de reversión de hábitos.

Por otro lado sería significativo el poder realizar una:

Psicoeducación: que consistiría en una explicación del trastorno, sus síntomas, como afectan a los entornos del individuo y que se va a hacer en la terapia. Determinar qué aspectos del trastorno y de su comorbilidad merecen tratarse y cuál es la prioridad. Es frecuente que el problema más las manifestaciones cognitivas y conductuales del TDAH y los tics no representen un problema real para la vida cotidiana. De igual manera la misma reflexión será válida para síntomas TOC o de ansiedad.

En la gran mayoría de las consultas, el tratamiento que se encara sería interdisciplinario, dada la complejidad del cuadro.

### Curso/Pronóstico

Respecto al curso de la enfermedad, los tics aparecen en la niñez (entre los 5 y 10 años) y rara vez empieza después de la pubertad. En 2/3 de los pacientes los síntomas desaparecen en la adolescencia aunque pueden persistir en una forma leve durante años. En el resto de los pacientes el ST dura toda la vida, aunque hay altibajos en su frecuencia e intensidad, con empeoramientos que coinciden con periodos de mayor estrés o ansiedad y otras épocas con mejoría notable

### Preguntas Frecuentes

*Los tratamientos comentados, ¿quitan los tics para siempre?*

No, mejoran la calidad de vida y ayuda a que los niños puedan tener mayor control sobre los tics. Otro aspecto de importancia de los tratamientos cognitivos comportamentales y en algunos casos farmacológicos es poder brindar un tratamiento a los trastornos asociados.

*¿Los tics duran para siempre?*

En un 20 % de la población tienden a continuar de forma intensa, luego en el 80 % puede ocurrir que disminuyan de forma significativa luego de los 18 años aproximadamente.

*¿Se trabaja con el colegio?*

Sí, es muy importante que el terapeuta sea activo y haga entrevistas personales en el colegio. Existen protocolos para el tratamiento del ST que también incluyen intervenciones activas en el colegio.

*¿Suelen tener un apoyo farmacológico los niños?*

Sí, es importante contar dentro del equipo de tratamiento con un psiquiatra o neurólogo que complemente la información del terapeuta cognitivo conductual.

*¿Se produce alguna vez una remisión?*

En muchas ocasiones puede pensar que los tics desaparecen. Sin embargo el curso de los tics es fluctuante. Mucha gente presenta mejoras notables en la adolescencia tardía o entre los veinte y los veinticinco años. La mayoría de quienes tienen ST mejoran a medida que se hacen mayores. Hasta un tercio de los pacientes presentan remisión de los síntomas de tics en edad adulta.

*¿Todas las personas con ST tienen comportamientos asociados además de los tics?*

En el 90% de los casos, los niños tienden a tener un diagnóstico asociado y el 10% son casos puros (solo tics)

### *Pautas para padres*

Infórmese sobre el diagnóstico, curso, pronóstico y tratamiento actuales para el ST.

No intente suprimir los tics de su hijo con castigos, recuerde que son involuntarios.

Entrene con su hijo la reversión de hábitos, previamente trabajado con el terapeuta.

En el caso de observar síntomas de inquietud, desatención, impulsividad, compulsiones, obsesiones, ataques de ira o conductas llamativas, no dude en consultar a un profesional especializado.

# TEA (Trastornos del Espectro Autista)

Definición del trastorno y criterios DSM. Posibles comorbilidades.

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) son trastornos neuro-biológicos caracterizados por dificultades en la comunicación, socialización e intereses restringidos y conductas estereotipadas.

Las dificultades en la comunicación pueden oscilar entre ausencia de lenguaje, hasta niños con lenguaje fluido pero con dificultades en entender chistes, metáforas e ironías, o con tono de habla neutro o un habla excesivamente formal. Asimismo, pueden presentar dificultades en entender que sienten o piensan los demás y/o predecir sus comportamientos.

En cuanto a las dificultades en la socialización, pueden oscilar entre ausencia de interés por observar y participar en los juegos de otros, presentar poca motivación o no saber cómo integrarse a un grupo. En ocasiones tratan de imponer sobre los demás sus ideas y reglas de juegos, pueden preferir las actividades solitarias o las interacciones con adultos o niños más pequeños.

En cuanto a los intereses restringidos y conductas estereotipadas pueden presentarse movimientos anormales, aleteos o interesarse en temas poco convencionales, pudiendo presentar dificultades para cambiar o dejar su tema de interés. Pueden presentar una excesiva adherencia a las rutinas y excesiva resistencia al cambio.

En algunos casos, también se puede observar una Hiper o hipo-reacción a estímulos sensoriales o un interés inusual en aspectos sensoriales del entorno.

Muchos de los niños con TEA pueden presentar además de las características mencionadas previamente, comorbilidad retraso mental (discapacidad intelectual), epilepsia (crisis convulsivas), dificultades atencionales, conductuales y motoras.

## Prevalencia

Aún no se conoce de manera precisa la causa del trastorno, se sabe que intervienen factores genéticos y ambientales. Hasta la fecha se estima que 1 de cada 88 chicos presenta el diagnóstico de TEA. La distribución es de 1 por cada 54 niños y 1 por cada 252 niñas, por lo tanto los niños tienen cinco veces más posibilidad de tener TEA que las niñas.

## ¿Cuándo es importante consultar?

No todos los niños presentan todos los síntomas descritos como clásicos. En algunas ocasiones se pueden observar a partir de los 12/18 meses de vida, sin embargo es a partir de los 24 meses cuando se aprecian con mayor intensidad los síntomas característicos.

En niños de alrededor de dos años de edad, los síntomas más frecuentes son: no mirar a los ojos, no compartir interés o placer con los otros, falta de respuesta al ser llamado por su nombre, no señalar con el dedo índice, no llevar y mostrar cosas a los demás,.

#### - ¿Existen causas conocidas del trastorno?

Al día de hoy no se conocen las causas exactas del trastorno del espectro autista (TEA) pero la investigación sugiere que tanto los genes como el entorno desempeñan un rol importante. El proceso diagnóstico es clínico, o sea que no hay un test o prueba médica que diga si un niño tiene o no TEA, el diagnóstico se basa en la observación clínica de un profesional especializado en el área.

Sin embargo, existen evaluaciones de observación clínica, como la entrevista ADI- R y el ADOS-G, que son las más confiables para poder corroborar la sospecha en un caso de TEA.

#### - Tratamientos disponibles.

La investigación ha demostrado que el enfoque ABA, como así también la Terapia Cognitivo Conductual para síntomas asociados, pueden mejorar significativamente el desempeño de niños con TEA.

Por otro lado, el tratamiento puede complementarse con intervenciones farmacológicas para otros síntomas asociados al cuadro, con la finalidad de conseguir que su efecto les permita participar y beneficiarse de otras terapias y actividades, por ende mejore su calidad de vida.

Dichos tratamientos deben ser interdisciplinarios, teniendo en cuenta al niño y su contexto familiar, escolar y social.

#### - Pronóstico.

Hoy por hoy no se cuenta con una cura para los TEA y su pronóstico dependerá de varios factores, como la inteligencia (verbal o no verbal), la adquisición y nivel de lenguaje o algún método alternativo de comunicación, el nivel de independencia y autonomía funcional, que llevan a un mejor pronóstico que quienes no cumplen con esos criterios.

Sin embargo hay factores externos que también influyen en el pronóstico, por un lado cuanto antes se inicie una tratamiento es mejor, por otro lado es importante el apoyo familiar, social y escolar que permitan y fomenten la inserción del niño en su medio.

# Trastorno Negativista Desafiante

Para conocer el problema: una situación que puede resultar familiar

*Joaquín es un niño de 7 años. Vive con sus padres Julieta y Matías. Los padres lo definen como un chico muy activo, y que le gusta mucho jugar y ver televisión. Sin embargo, desde hace un tiempo, ellos sienten que viven en un campo de batalla. A cada pedido que le hacen a Joaquín, él responde con una negativa, o les pide “un rato más” para seguir viendo la tele y/o jugando. Ante nuevos pedidos de los padres para que haga lo que se le pidió, Joaquín responde negándose nuevamente, pero esta vez, un poco más enojado y con un tono de voz más alto. Julieta y Matías, percibiendo el enojo de su hijo, reiteran su orden, pero esta vez ellos mismos suben su tono de voz. En este punto, usualmente combinan su pedido con alguna amenaza de no dejarle ver la tele o sacarle uno de sus juguetes favoritos. Sin embargo, ven que, en vez de convencerlo, esto hace que Joaquín reaccione todavía más enojado, gritando y haciendo un escándalo. Ya francamente furiosos ante la negativa de su hijo, los padres tratan de obligarlo a hacer lo que se le pidió, lo cual consiguen solamente luego de atravesar berrinches, llantos y pataletas. Peor aún es cuando esto sucede en público, ya que a todo lo anterior se suma la incomodidad de que la gente “los mire con mala cara”.*

*El saldo de estas situaciones es que tanto Joaquín como los papás están enojados y exhaustos. Peor aún, saben que este espiral de conflictos probablemente se repetirá en un futuro cercano. Durante el último año, han recibido notas del colegio, diciendo que Joaquín es un chico “difícil” y que nunca quiere hacer las actividades planeadas, sobre todo si éstas interrumpen lo que él estaba haciendo. Julieta y Matías comentan, resignados y visiblemente agotados, que han probado “de todo” pero que nada funciona: hablarle, pedirle que se porte bien, prometerle a fin de año un viaje, y hasta sacarle los juguetes y la tele.*

*¿Les suena familiar?*

- *¿Qué es el trastorno oposicionista desafiante?*

Se puede pensar que es un patrón de conductas y actitudes, que ponen de manifiesto una negativa por parte de los chicos a cumplir con los pedidos y demandas de los padres y otras figuras de autoridad (maestros, familiares, etc.). Esta negativa usualmente se manifiesta a partir de gritos, berrinches, pataletas, y en ocasiones actos de agresión hacia sí mismo y otros.

Lo anterior es acompañado por mucha irritabilidad y enojo, al punto de que pareciera que “todo lo enoja”, o que todo lo que hace es para “molestar” a los demás. A veces, dan la impresión de ser muy resentidos y/o vengativos.

### - Prevalencia

Según la Asociación de Psiquiatría Americana, la prevalencia (o sea, la proporción de la población que padece este trastorno) es del 1 al 11%, con un promedio de aproximadamente 3,3%. Durante la infancia, los niños suelen padecer de este trastorno en una proporción un poco más elevada que las niñas.

### - ¿Cuándo es importante consultar?

Es importante entender que ningún niño es obediente el 100% de las veces, y que no siempre esté de acuerdo con sus padres. Por el contrario, es normal que surjan conflictos, variando éstos en su naturaleza y modo de presentación, de acuerdo a la edad y a las situaciones vitales que atraviesa una familia. Sin embargo, es necesario consultar a un profesional de la salud mental cuando estos “conflictos” se repiten durante mucho tiempo con una frecuencia o intensidad considerable, de manera tal que ha empezado a afectar algún área de la vida del niño (escolar, social, familiar). Fruto del consenso de los expertos, se suele entender que este patrón dura más de lo normal cuando los comportamientos mencionados anteriormente se mantienen de manera ininterrumpida por al menos 6 meses.

Es importante entender que, de cumplirse las características antes mencionadas, **cuanto antes se realice una evaluación y un tratamiento, mayores son las posibilidades de mejoría**. Asimismo, se reduce el impacto que puede traer este trastorno en los vínculos familiares y sociales, y los posibles problemas académicos.

### - Causas conocidas del trastorno

Existe consenso entre los investigadores de que este trastorno suele relacionarse muy frecuentemente con pautas inconsistentes de crianza, a veces contradictorias entre las figuras parentales. La evidencia también muestra que las características mencionadas mejoran notablemente al aumentar la consistencia y estabilidad de las pautas de crianza a lo largo del tiempo, es por esto que el tratamiento indicado para este trastorno es la orientación a padres.

Véase el siguiente ejemplo: Tomás está jugando a la PlayStation y la madre le pide que baje a comer. Tomás le dice que ya baja, en 5 minutos. La madre accede. Pasan 10 minutos, la madre vuelve a insistir. Tomás reitera que en 5 minutos baja. De esta manera, está aprendiendo que cuando lo llamen a comer, puede interrumpir el llamado posponiendo hacer caso y con eso logra quedarse más tiempo jugando. Con el tiempo puede acostumbrarse a comportarse así, y si el padre le pide que baje inmediatamente y lo va a buscar, es muy probable que Tomás se oponga y se enoje más. Si en estas interacciones los padres le repiten que baje a comer una y otra vez, pero el resultado final es que Tomás logra quedarse más tiempo jugando, a la larga esas mismas órdenes pierden eficacia. A largo plazo, la relación con el chico se va desgastando (por todas las peleas y discusiones), y es probable que empiece a ver a los padres como adversarios que lo único que hacen es darle órdenes para hacer cosas que él no quiere.

#### - Tratamientos disponibles

En la mayoría de los casos, los tratamientos son de naturaleza psicosocial, el cual se basa en el trabajo con los padres, cuando los problemas se dan en el ámbito familiar, y con la escuela y los padres cuando se manifiestan en el colegio o en los dos ámbitos. Entre los objetivos de este tratamiento, se encuentra proveer herramientas y estrategias para manejar los problemas de conducta y para promover la aparición de conductas más funcionales. Asimismo, busca mejorar la relación vincular entre los adultos y el niño, la cual frecuentemente se vuelve tensa y áspera.

Lo anterior se debe a que los adultos son los que tienen la mayor cantidad de herramientas e influencia para modificar esta situación. Adicionalmente, los niños con trastorno oposicionista desafiante suelen estar poco motivados para cambiar, ya que suelen ver que el problema es de los demás, que no lo dejan hacer lo que él quiere cuándo y cómo quiere. Esto hace que el trabajo individual con los pacientes no suela generar cambios.

#### - Pronóstico

En este tipo de casos la evidencia muestra que con el tratamiento adecuado, pudiendo trabajar en forma conjunta con el contexto en el cual el niño opera, se logra generar un cambio positivo en la conducta del niño y mayor armonía en el ambiente familiar en general.

#### - Recomendaciones para padres:

Háganse un espacio diario de algunos minutos para jugar con su hijo. Algunas veces cuando las peleas en casa son muy frecuentes, puede suceder que la mayoría de momentos compartidos con el chico terminen en pulseadas y discusiones. Generando momentos en los que el vínculo sea desde un lugar de compartir una actividad gratificante para los dos es una manera de tener espacios de relación positivos que compitan con los momentos en los que se discute.

- Sorprenda a su hijo haciendo algo que esté bien. Dígaselo, motivándolo desde la aprobación, ya sea con gestos de aprobación como sonrisas y abrazos, hasta palabras de aprobación.

- Los chicos entienden mejor las consecuencias que las razones, razón por la cual apelar a la moral o a “lo que debería hacer” no suele tener muchos resultados.
- Las consecuencias positivas por hacer algo bueno suelen ser más eficaces que las consecuencias negativas por hacer algo malo.
- Escoja un momento en el que su hijo no está muy ocupado y esté medianamente tranquilo. Dele una orden clara para que haga un favor muy pequeño que sea fácil de realizar. Elógielo cuando lo hace.
- Es importante identificar que beneficio está obteniendo el niño con su conducta ¿Qué gana portándose así? ¿Lo hace para molestarte nada más? Como dijimos anteriormente, las consecuencias de una conducta son clave para que dicha conducta se repita nuevamente o no. Muchas veces los chicos logran ganar más tiempo de juego, evitar o posponer algo que no quieren hacer, les divierte la reacción de los demás, consiguen ser el centro de atención, etc. Si no se logra identificar y modificar esto, es muy difícil que la mala conducta cambie.

# TOC Infanto-Juvenil

El TOC (Trastorno Obsesivo Compulsivo) infanto-juvenil se caracteriza por la presencia de obsesiones de carácter repetitivo y compulsiones difíciles de suprimir.

La diferencia entre la población adulta que padece este trastorno y la infanto-juvenil, es que en esta última las personas pueden no tener conciencia de su enfermedad o creer en que sus pensamientos son lógicos sin cuestionarlos. Así como también, en los niños suele encontrarse que las compulsiones pueden no tener relación directa con las obsesiones.

## Prevalencia

El TOC es uno de los trastornos de ansiedad más comunes en la población infanto-juvenil, su prevalencia es del 1% al 3% con mayor prevalencia en niños que en niñas. Desde hace ya varios años se conoce que el 60% de pacientes con TOC, lo desarrollaron antes de los 25 años, y principalmente entre la edad de 12 a 14 años

## Diagnóstico

Para realizar el diagnóstico de TOC en la infancia y la adolescencia es necesario tener en cuenta los siguientes puntos:

- **Presencia de Obsesiones:** las cuales se definen como pensamientos recurrentes y persistentes, impulsos o imágenes que se experimentan como intrusivas e indeseables, que suelen causar ansiedad o angustia. Intento de neutralización: la persona intenta ignorar o suprimir esos pensamientos, impulsos o imágenes realizando algún pensamiento o acción. (Ej: lavarse las manos durante una hora.)
- **Presencia de Compulsiones:** son comportamientos repetitivos o actos mentales que las personas sienten que deben realizar para responder a las obsesiones y/o a reglas que deben seguir de forma rígida.
- **Objetivo de la compulsión:** va a estar ligado a reducir la ansiedad o angustia que causa la obsesión o a prevenir algún acontecimiento indeseable. Sin embargo, puede que muchas veces estos actos o pensamientos no estén ligados de forma realista con lo que deberían neutralizar, o son llevados a cabo de forma excesiva. (Ej: golpear tres veces la mesa para prevenir que algo malo le pase.)

## ¿Cuándo es importante consultar?

Se estima que un tercio y el 50% de los adultos han comenzado con síntomas TOC entre los 7 años a 11 años en niños y los 15 años en mujeres aproximadamente. En algunos casos el comienzo puede ser con tics ya sea motores y fonicos, pueden también tener

compulsiones o síntomas obsesivos , por ello es recomendable hacer una consulta con un profesional especializado en dicho diagnóstico dada la complejidad y trastornos asociados del diagnóstico.

En muchos casos los niños con TOC tienden a tener un nivel de perfeccionismo , meticulosidad , orden y demás comportamientos que son útiles y funcionales en ámbitos educativos . Cuando se observe una alta intensidad , deterioro y demanda excesiva de tiempo de dichos síntomas es también recomendable tener una consulta con el profesional.

### ¿Existen causas conocidas del trastorno?

Existe literatura creciente y abundante en sostener que es un trastorno neuropsicológico. Es importante destacar dicho punto ya que en reiteradas oportunidades los padres tienen la creencia de ser culpables de los síntomas de sus hijos. Si bien la interacción con factores ambientales pueden actuar como precipitantes del cuadro , no es uncausal el TOC.

### Tratamientos

El tratamiento de primera elección para TOC infanto-juvenil es la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) individual. La cual para este trastorno se basa en:

La psicoeducación: explicación del trastorno, sus síntomas, como afectan a los entornos del individuo y que se va a hacer en la terapia.

La reestructuración cognitiva: modificación de la interpretación del trastorno y de las creencias que este genera sobre la persona y sus capacidades.

La técnica de E/PR (Exposición y prevención de respuesta): Esto significa exponer al paciente a la obsesión logrando que prevenga la compulsión como respuesta, tolerando la ansiedad o angustia que esto le genera. Pudiendo así reestructurar pensamientos respecto a “lo que podría llegar a pasar” de no realizar las compulsiones.

Por otro lado, en los casos de TOC severo o resistente al tratamiento, se halló que la combinación de farmacoterapia con Sertralina sumado al tratamiento cognitivo conductual individual prometían un 53% de remisiones totales y parciales al plazo de tres meses de seguimiento

Otros tratamientos que han demostrado eficacia para el tratamiento de este trastorno fueron:

TCC Familiar, en sus modalidades individual y grupal

## Nuevos aportes

Dada la cantidad de estudios que van demostrando la eficacia de la TCC familiar en sus dos modalidades, es que se comenzó a estudiar de que forma la familia podría actuar como moderadora del tratamiento, en lo que se conoce como acomodación familiar (grado en que la familia sostiene los síntomas del paciente) y por ende se está investigando de que forma y cual sería la medida justa de involucrar a la familia en el tratamiento para atenuar el impacto de este factor negativo en el tratamiento en caso de que esté presente.

### Tasas de recaídas

Actualmente se sabe que la tasa media de remisión para el trastorno obsesivo compulsivo infanto-juvenil es de un 41% aproximadamente. Por lo que existe un 51% de pacientes en los que pueden presentarse recaídas o en los que los síntomas no remiten.

## Preguntas Frecuentes

### *¿Que puede hacer la familia?*

Como primera sugerencia sería consultar a un profesional especializado en la tematica ya que en algunas ocasiones la familia desde el cuidado y temores entendibles en sus hijos tienden a mantener los rituales en sus hijos o favorecer la evitación de los estímulos amenazantes en ellos. Por ejemplo un niño que tiene rituales de limpieza , lo que puede llegar a hacer el padre es facilitarle carilinas o jabones.

### *¿ Se puede trabajar con el colegio?*

Si , es fundamental la colaboración con el ámbito escolar. Los terapeutas cognitivos conductuales tienden a trabajar de forma conjunta con el colegio , teniendo entrevistas periódicas con ellos ya que uno de los ámbitos que el niño pasa mas tiempo es en el colegio.

### *¿ Solo es psicológico el tratamiento?*

No , en algunos casos en donde la severidad es de moderada a grave se tiende a trabajar de forma interdisciplinaria con psiquiatras infanto juveniles.

## Pautas

- Consulte cuanto antes , ya que a cuanto mas temprano consulta la cronicidad del cuadro es menor.
- Estimule la exposición y afrontamiento de su hijo a situaciones que le provoquen ansiedad. Siempre con la guía de un profesional especializado.
- Usted no tiene la culpa tampoco de que tenga toc ,
- Una de las metas es diferenciar el toc de su hijo.

## Bullying

El bullying consiste en la repetición sistemática de conductas agresivas y con intención negativa, que se dirigen de un niño o adolescente (o grupo) hacia otro u otros pares. Quien agrede es más fuerte física, verbal o socialmente, y no se trata simplemente de que no desee compartir tiempo o juegos con el otro niño: repite sus conductas agresivas de manera tal que termina generando un deterioro y perturbación emocional en la persona que lo padece.

Los comportamientos de hostigamiento, molestia, agresión o desgaste se realizan de manera frecuente con intensidades variadas hacia la misma persona. El niño u adolescente que lo sufre adopta conductas de indefensión, retraimiento y pasividad frente al ataque y ello exacerba las conductas de ataque o molestia de los niños u adolescentes que la ejercen

### Formas en que se produce el bullying

El bullying puede darse de diferentes maneras: Física, verbal y relacionalmente. El hostigamiento físico implica golpes, empujones y patadas entre otras acciones, y es el más fácil de identificar. En cuanto al verbal, se caracteriza por amenazas verbales, insultos, burlas acerca de diferentes temas (ropa, aspecto físico, religión, etc.), y es la forma más frecuente durante la adolescencia. Finalmente, el bullying relacional implica la exclusión social, ya que es la forma de discriminación en la cual se señala quién puede formar parte de un grupo y quién no.

Es importante en los casos de bullying tomar nota del contraste de sentimientos y emociones generados en quienes ocupan distinto rol: mientras quien hostiga se divierte, quien es molestado sufre, se angustia y tiene miedo. Además, nunca se trata de un episodio aislado, sino que es persistente, extendiéndose durante semanas, meses o incluso años, y convirtiendo a la persona que sufre bullying en una víctima habitual de quien lo agrede.

Se debe diferenciar con las bromas, chistes o “cargadas” que los niños y adolescentes suelen hacerse cuando:

- La intensidad y sistematicidad de la broma, chiste o cargada lastima emocionalmente al niño u adolescente y el agresor no revierte su comportamiento a pesar de ello.
- Existe un carácter fijo entre quien realiza la broma, chiste o cargada y quien la recibe.
- Se desarrolla sobre todo con espectadores del hostigamiento, habiendo una aprobación o silencio cómplice por parte de quienes observan
- El niño agredido no cuenta con simetría emocional, habilidades sociales o características físicas para defenderse

Es importante que se establezca la diferencia entre el bullying y las peleas, rivalidades o conflictos transitorios o pasajeros que pueden suscitarse en el normal desarrollo de la adolescencia o infancia.

## Consecuencias del bullying

Es importante primero destacar que las consecuencias abarcan no solo al hostigado, sino también al hostigador: múltiples estudios muestran que luego en la adultez, quienes hostigan tienen mayor tendencia a presentar problemas sociales y conductas agresivas.

En cuanto a la víctima de bullying algunas de las principales consecuencias suelen ser las conductas evitativas (no querer ir al colegio, no salir del aula durante el recreo, no querer ir a cumpleaños de pares, etc.), la baja autoestima, vergüenza, culpa (sentir que se es merecedor de las burlas) y el bajo rendimiento académico, que en muchas ocasiones resulta el factor que llama la atención en los padres, provocando la consulta terapéutica.

## Agredidos y agresores

Los niños o adolescentes que presentan debilidad o defectos físicos, timidez, sobrepeso o notas muy altas son aquellos más vulnerables a ser molestados. Es común que se trate de jóvenes con dificultad para actuar socialmente, temerosos y proclives a angustiarse.

Sus reacciones más habituales son evadir el conflicto o defenderse del ataque. En alguna oportunidad la víctima puede reaccionar o enojarse fácilmente aunque la magnitud de la respuesta no alcanza para extinguir el hostigamiento. Siempre se encuentra la relación de desproporcionalidad entre las conductas de agresión recibida y los intentos de defensa.

En cuanto a los agresores, tienden a culpar a los demás de lo que hacen, no se muestran empáticos con sus víctimas, y es usual que logren desarrollar formas exitosas de esconder sus conductas agresivas. Existen dos tipos frecuentes: el activo, que agrede personalmente y de manera directa, y el indirecto, que lidera un grupo y logra que sus seguidores concreten los actos que el incita. Un último grupo, no menos importante, es el de los agresores pasivos: quienes participan de la agresión, pero no actúan directamente. Se transforman en público cómplice para el agresor activo en múltiples oportunidades.

## -Intervenciones en Bullying

Las estrategias de intervención deben darse en distintos niveles. La prevención escolar es reconocida como la modalidad de intervención más efectiva, y allí pueden participar alumnos, padres, docentes y autoridades de la escuela. La educación en valores desde el hogar y en la escuela es un excelente recurso de prevención y/o detección.

Además de trabajar en relación al hostigado y al hostigador, esta instancia permite también centrarse en el rol del grupo, ya que ahí pueden reconocerse otros roles, como los de los seguidores, los observadores, posibles defensores, etc.

A su vez, también se destacan las intervenciones grupales en la escuela, donde se trabaja principalmente en el entrenamiento en habilidades sociales, tales como saber decir que no,

defender los propios derechos, desarrollar mayor empatía, y pedir cambios de conducta a otra persona. Finalmente, la intervención individual es aquella llevada a cabo por el psicoterapeuta, quien también trabaja en el consultorio con el niño o adolescente hostigado. El trabajo está dirigido al niño o adolescente agredido y puede incluir a sus padres como ayuda importante: en estos casos, la estima personal del agredido sufre importantes mellas que es necesario recomponer en un trabajo conjunto entre los agentes del contexto más cercano.

En lo concerniente exclusivamente al agredido, las estrategias terapéuticas se dirigen hacia distintas vertientes del afrontamiento, favoreciendo la implementación de ayuda instrumental con:

- técnicas de asertividad social que le permitan, por ejemplo, defenderse de diferentes y más útiles maneras de las agresiones que sufre. Allí también se favorece el pedido de ayuda, que el niño o adolescente no tenga vergüenza de acudir a un adulto (desmitificando que eso sea “buchonear”).
- Trabajo en entrenamiento en resolución de problemas.
- Apoyo emocional en su autorregulación y estrategias de reapoderamiento del control de la situación.

### Cyberbullying

El cyberbullying es una modalidad particular de bullying, mediante la cual el hostigador utiliza medios electrónicos tales como el e-mail, las redes sociales, páginas de internet y teléfonos celulares, para molestar a la persona agredida.

Algunas de las formas en las cuales se manifiesta el cyberbullying pueden ser la creación de un perfil falso de la víctima en una red social, realización de confesiones falsas que desprestigian o difaman a la persona, difusión en internet de fotos (sean estas verdaderas o trucadas digitalmente) de la víctima en una situación comprometida, o incluso el envío de e-mails o mensajes de texto amenazantes.

Una diferencia a tener en cuenta en el caso del cyberbullying, es que no requiere la proximidad física entre víctima y victimario, y que debido a la inmediatez con la cual internet permite la difusión de las cosas, el hostigamiento puede agravarse, involucrar cada vez más personas y avergonzar todavía más a la persona hostigada.

El daño realizado incluso puede ser mayor que el que se realiza cuando están cara a cara las personas, ya que en el caso del cyberbullying el agresor puede ser desconocido para el agredido y ello aumenta la sensación de vulnerabilidad e incontrolabilidad.

### ¿Qué deben hacer los padres?

Es importante que los padres tomen un rol activo en proporcionar al niño la ayuda adecuada por medio de otros instrumentos que no sean semejantes a los utilizados por los agresores.

### ¿Qué pueden hacer padres y maestros?

- Diálogo
- Fortalecer todos los aspectos positivos de afrontamiento del niño u adolescente
- Tomar en cuenta los estados emocionales del niño o adolescente
- Actitud abierta a la expresión de emociones negativas
- Incentivar la expresión de emociones que conduzcan a la resolución de problemas
- Involucrar activamente al niño en comportamientos que no sean evitativos
- Halagar el logro de confiar en la ayuda de los adultos

Acompañar las acciones hacia la resolución de problemas son algunas de las cosas que pueden alentar y mostrar los padres y docentes

Si los padres o maestros se pliegan a los mecanismos que son criticados, devolviendo semejantes tratamientos, la situación no cesará, además de validar en el niño los mecanismos que él mismo padece.

En el caso del bullying escolar, estrechar los lazos con la escuela en la búsqueda de soluciones que no solo beneficien la extinción de las conductas de hostigamiento por parte del agresor, sino una concientización acerca del daño que causa en las dinámicas grupales la ignorancia y/u inoperancia sobre el problema.



## Su consulta no molesta



4788-5894



/FundacionETCI



<http://etci.com.ar/>



[info@etci.com.ar](mailto:info@etci.com.ar)



@FundacionETCI



<http://etci.com.ar/blog>



/FundacionETCI



/+EtciaArgentina



/company/etci-equipo-de-terapia-cognitiva-infantojuvenil



Amenábar 2880, Belgrano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires



Fundación Equipo de Terapia Cognitiva Infantojuvenil